

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1894, à 1 heure

Par JUSTIN PAYRAU

Né à Saint-Gaudens (Haute-Garonne), le 7 mai 1860

Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie de la Faculté de Paris

DE LA RUPTURE ARTIFICIELLE

DES MEMBRANES

DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIES

LIÉES A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

(Indications)

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
NÉLATON, MAYGRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

Faculté de Médecine de Paris

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1894, à 1 heure

Par JUSTIN PAYRAU

Né à Saint-Gaudens (Haute-Garonne), le 7 mai 1860

Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie de la Faculté de Paris

DE LA RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIES
LIÉES A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA
(Indications)

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. } GUYON, professeur.
 } NÉLATON, MAYGRIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉRIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Affectueux témoignage de profonde reconnaissance

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR RESSÉGUET

Chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Toulouse
Ancien professeur de clinique chirurgicale

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris
Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Respectueux hommage d'admiration et de profonde reconnaissance

•



DE LA

RUPTURE ARTIFICIELLE

DES MEMBRANES

DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIES

Liées à l'insertion vicieuse du placenta

(INDICATIONS)

INTRODUCTION

Pendant nos fonctions de moniteur à la Clinique d'accouchements les hasards de la clinique nous ont permis d'observer nombre de cas d'hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta ; malgré les secours les mieux dirigés, quelques-unes des malheureuses qui nous étaient amenées du dehors, succom-

baient à cette terrible complication de la grossesse. Ces faits nous ont conduit à étudier de près la question vraiment passionnante de la pathogénie et du traitement de ces hémorrhagies, et nous avons vu que bien des traitements ont été préconisés, institués tour à tour avec des succès très différents ; les uns appliqués seuls, les autres associés. Cette multiplicité est-elle un signe de misère thérapeutique ? Nous n'irons pas aussi loin que cela ; il y a certainement des procédés qui ont fait leurs preuves et sur lesquels on peut compter, mais nous croyons qu'en matière de placenta prævia il faut, avant tout, savoir être éclectique.

Là où telle méthode devient le procédé de choix et donne des résultats merveilleux, ailleurs elle devient insuffisante et exigera souvent d'être doublée d'une intervention nouvelle ; sans doute, il est des cas où une méthode se suffit à elle seule, mais dans l'immense majorité, elles se combinent, se substituent et se complètent.

Pourquoi encore cette variabilité dans les résultats ? C'est qu'à côté de l'action thérapeutique, il y a la clinique, la maladie, et variables et multiples sont encore pour le même terrain les facteurs dont on doit tenir compte avant de fixer sa détermination sur le choix d'un procédé. De même qu'il ne peut y avoir un malade type, de même il ne peut y avoir un procédé unique ; ce serait lui demander plus qu'il ne peut donner et partant, s'exposer à courir en ligne droite à un échec presque certain, et ce n'est

qu'après un examen minutieux des malades et des faits que le praticien pourra fixer son choix, judicieux alors, sur l'un des moyens auquel il va s'adresser. C'est donc avant tout les indications qui doivent primer.

Il nous a paru intéressant de les bien formuler, de les poser nettement pour une méthode pratiquée déjà depuis le XVIII^e siècle : *La rupture artificielle des membranes*. Prendre un procédé qui a fait ses preuves et qui de par les nombreux résultats statistiques se trouve rangé parmi les premiers qui ont droit de cité dans le domaine obstétrical, discuter ses indications en les étayant sur les données nouvelles de la pathogénie de l'hémorrhagie utérine et sur le mécanisme de l'hémostase, tel est le but de notre modeste travail. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés d'un tel sujet qui mériterait pour être bien traité une longue éducation clinique que nous n'avons pu encore acquérir.

Mais avant d'aborder notre sujet qui va clore nos études médicales, une tâche bien douce s'impose, car nous ne saurions manquer de nous acquitter d'une dette d'éternelle reconnaissance à l'égard de tous ceux qui nous ont guidés et dont nous avons suivi l'enseignement.

Que notre maître, M. le professeur Tarnier, qui a bien voulu encore nous faire l'honneur de présider la soutenance de notre thèse, reçoive ici le respectueux hommage de notre admiration et de notre reconnaissance pour le brillant et solide enseigne-

ment que nous n'avons cessé de puiser auprès de lui, soit au lit des malades, soit dans ses magistrales leçons de clinique qui ont eu le privilège de savoir nous faire goûter et aimer l'art des accouchements.

Nous prions également MM. Budin, Maygrier et Bar, professeurs agrégés de la Faculté, accoucheurs des hôpitaux, d'accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le D^r Demelin, notre chef de clinique, a été pour nous un guide éclairé, un solide appui : nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici toute notre reconnaissance pour sa bienveillante sympathie et les précieux conseils qu'il nous a toujours prodigués.

Que M^l^e Hanicot, sage-femme en chef, reçoive enfin l'expression de nos meilleurs remerciements pour l'amabilité et la confiance dont elle n'a cessé de nous honorer.





CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

La rupture artificielle des membranes, ou méthode dite de Puzos, est née de l'excès dans lequel tombèrent les accoucheurs des ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles, conséquence d'une interprétation assez grossière : à savoir que l'hémorrhagie cesse dès que le produit de la conception a été expulsé. Tous les accoucheurs n'avaient plus dès lors qu'une préoccupation, celle de délivrer les femmes au plus tôt.

Louise Bourgeois (1619) sage-femme de Marie de Médicis, et à la même époque Guillemeau, chirurgien d'Henri IV, furent les premiers qui posèrent le précepte hardi de débarrasser promptement l'utérus pour faire cesser l'hémorrhagie. « Pour secourir la femme, dit Guillemeau (1), quand l'arrière « faix se présente le premier au conduit de la « nature de la femme, le plus seur et expédient est

1. *De la grossesse et accouchement des femmes*, par Ch. Guillemeau. Paris, 1571, page 231.

« de délivrer soudainement la femme » et il sauve la fille d'A. Paré son maître.

Cette méthode règne en maîtresse avec Viardel (1671), Portal (1685), Peu (1695), Amand (1714), Frédéricide Hambourg (1732), et Levret qui en 1732 lui donne le nom d'*accouchement forcé*. Mortalité considérable des mères et des enfants, déchirures du col, puisque c'était presque toujours par effraction que l'on pénétrait dans la cavité utérine, tel était le bilan désastreux d'un procédé aussi brutal.

Effrayé des résultats d'une méthode qu'il trouve aussi cruelle que dangereuse et plus soumise à la volonté qu'aux lois de la nature, dont il cherche toujours à s'inspirer, Puzos se met à la tête d'un mouvement de réaction qui a pour but de substituer à l'accouchement forcé, un procédé plus en harmonie avec l'accouchement naturel qui est plus long et qui donne à l'utérus le temps de reprendre la tonicité nécessaire. Pour cela il se hâte de rompre les membranes afin d'exciter les contractions utérines ou de les augmenter si elles sont faibles, car il avait remarqué que l'hémorrhagie est d'autant moins considérable que les contractions sont plus énergiques.

« Pour cet effet, enseigne Puzos (1), il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par degrés de force proportionnés à sa résistance : cet écartement

1. *Mémoire sur les pertes de sang et traité des accouchements*, 1759, page 334.

« gradué interrompu de temps en temps par des
« repos fait naître des douleurs; il met la matrice
« en action et l'un et l'autre font gonfler les mem-
« branes qui contiennent les eaux de l'enfant; l'at-
« tention pour lors, doit être d'ouvrir les membra-
« nes le plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoule-
« ment des eaux, parceque l'écoulement diminue
« déjà l'écartement de la matrice, qu'il fournit à
« cette partie le moyen de se contracter et de s'em-
« parer de l'espace qu'elles occupaient dans sa
« cavité. La matrice ainsi resserrée et tendant à
« l'être davantage, presse l'enfant du fond vers son
« orifice; elle y excite de plus fortes douleurs, les
« efforts volontaires et involontaires s'y joignent.
« Les douleurs et les efforts mis à profit par la ma-
« lade, secondés par l'action des doigts portés circu-
« lairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent
« pour l'ordinaire et font avancer l'enfant. Le sang
« qui s'échappait se trouve retenu dans les vaisseaux
« par la compression générale et par le resserre-
« ment de la partie : enfin la nature et l'art concou-
« rant ensemble pour avancer l'accouchement, il se
« fait pour l'ordinaire en assez peu de temps et l'on
« a presque toujours la satisfaction de sauver la vie
« à la mère et à l'enfant ». Telle est la douce et in-
« génieuse méthode que l'accoucheur du xviii^e siècle,
a cherché à substituer à la pratique de Louise Bour-
geois quoiqu'elle fût déjà exquissée avant lui par
Dionis (1718), Deventer (1734) et Mauriceau (1740),
comme en témoignent les passages que nous allons

citer; mais c'est à Puzos qui lui a laissé son nom, que revient le mérite de l'avoir vulgarisée et fait entrer dans la pratique (1759).

Deventer (1) en effet avait conseillé de rompre les membranes « ou si l'on ne peut écarter le placenta, « on fait entrer les doigts dans sa substance, et en « les ouvrant et les agitant de tous côtés, on le « déchire jusqu'à ce qu'il soit percé, » pour permettre au liquide amniotique de s'écouler, et si la présentation était favorable il conseillait ensuite d'abandonner l'accouchement aux forces de la nature. Ultérieurement dans le cours de notre travail, nous aurons à revenir sur ce procédé. Après lui Mauriceau, dans son remarquable *Traité des maladies des femmes grosses*, résume ainsi la conduite qu'il préconise. « Dans les pertes de sang qui sont du travail, dit-il (2), il faut toujours rompre les eaux de « l'enfant le plus tôt qu'on le peut faire, afin de lui « donner lieu de s'avancer dans le passage sans pousser ces membranes qui étant agitées par l'impulsion des douleurs, augmenteraient encore la perte « de sang en augmentant le détachement de l'arrière-faix où elles tiennent, qui l'avait causé. » Avec cet esprit d'observation dont son œuvre porte l'empreinte, Mauriceau ne s'en tient donc pas à la pratique qu'il avait trouvé établie et qu'il attribue à Guil-

1. *Observations importantes sur le manuel des accouchements*, Paris, 1734, 1^{re} partie, p. 180.

2. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, Paris, 1740, 7^e éd. T. 1, p. 535, Aphorisme 54.

lemeau ; il semble entrevoir déjà dans cet aphorisme la cause de l'hémorragie placentaire à laquelle il oppose du reste un traitement rationnel.

La méthode de Puzos est donc, on le voit par la description qu'en donne l'auteur lui-même, un procédé de réaction qui tient le milieu entre l'accouchement forcé et l'accouchement naturel ; elle tient du premier, puisque cette manœuvre provoque des contractions efficaces, accélère la dilatation et partant le travail ; du second, car elle laisse à la matrice le soin d'expulser seule le produit de la conception, mettant ainsi cet organe à l'abri des dangers de l'inertie utérine. Telle est l'idée dominante de Puzos, et depuis que cet accoucheur a fait ressortir les dangers d'une trop grande précipitation on ne regarde déjà plus comme un axiôme cette assertion des anciens auteurs, qui a été pendant longtemps la règle de conduite : « que plus tôt, la « matrice sera désemplie, plus tôt la perte s'arrêtera ». Sa simplicité et sa douceur prédisposèrent tous les praticiens en sa faveur ; aussi a-t-elle tout d'abord été accueillie avec enthousiasme par la plupart des accoucheurs.

A cette même époque, naît en France avec Leroux de Dijon (1) (1776), une nouvelle méthode, *le tampon*, qui va entrer en lutte avec la rupture des membranes et progressivement gagner à sa cause la majeure partie des accoucheurs qui dès lors sont divisés.

1. Observations sur les pertes de sang. Dijon, 1776.

Les uns, mais c'est le petit nombre, demeurent fidèles au précepte de Puzos ; les autres se montrent partisans sans réserve du tampon que l'auteur avait proclamé comme le seul spécifique propre à arrêter toutes les espèces d'hémorrhagies utérines.

Cependant Leroux lui-même semble avoir quelques hésitations sur l'efficacité du moyen qu'il propose, puisqu'il s'exprime ainsi dans la préface de son ouvrage. « Il serait très utile pour l'humanité en « général et pour les jeunes chirurgiens qui se des- « tinent à l'art des accouchements, qu'un praticien « éclairé entreprit de discuter ces différents moyens, « qu'il assignât à chacun le degré de confiance qu'il « mérite, le cas particulier où il convient ». Ce vœu exprimé par le disciple de Levret a été rempli par certains esprits éclectiques qui se sont efforcé d'assigner à ces deux méthodes le rôle qu'elles doivent occuper dans le traitement des hémorrhagies.

Ainsi, pour ne citer que quelques noms dont l'autorité à une réelle valeur, Baudelocque (1781) (1) préfère quand le col est encore long, commencer par tamponner le vagin, puis il conseille d'ouvrir « la « poche des eaux si la perte continue malgré ce se- « cours à fin que la matrice se resserre sur l'enfant et il « continuera d'exciter les douleurs jusqu'à ce que le « travail soit bien établi ». Capuron (2) partage cet

1. *Art des accouchements*, 8^e éd. Paris, 1844, T. I. page 477.

2. *Cours théorique et pratique d'accouchements*. 3^e éd. Paris, 1823, 3^e partie, ch. I, p. 376 à 388.

avis et insiste surtout sur les dangers d'une extraction rapide.

Gardien (1824) (1) avoue n'avoir qu'une confiance très limitée dans la rupture des membranes et donne la préférence au tampon de Leroux.

M^{me} Boivin (1835) (2) estime qu'après l'évacuation du liquide amniotique, l'utérus se rétracte sur l'enfant, le décollement et l'hémorrhagie augmentent et l'on s'est ainsi enlevé le moyen de pratiquer la version : moyen héroïque par excellence pour elle quand la perte est abondante, même avec un orifice fermé.

Enfin M^{me} Lachapelle (1825), Stoltz (1826), Velpeau (1835), P. Dubois (1836), Gendrin (1839), Depaul (1852), etc... la préconisent tour à tour avec plus ou moins de réserves ou dans des cas bien spéciaux. « Au total, dit Velpeau (3), la rupture de l'œuf est « un secours puissant dans les cas de perte, son « efficacité me paraît plus grande encore que celle « du tampon ».

Cependant la rupture des membranes perd de jour en jour du terrain, ses adeptes se font rares; peut-être trouvait-on dans ce procédé un moyen trop anodin en apparence à opposer à un accident aussi grave que celui de l'hémorrhagie uté-

1. *Traité complet d'accouchements et des maladies des filles*, etc., 3^e éd. Paris, 1824. T. II, p. 365 à 379.

2. *Mémorial de l'art des accouchements*. Paris, 1835, 4^e éd., p. 285 à 293.

3. *Traité complet de l'art des accouchements ou Tocologie théorique et pratique*, Paris, 1835, 2^e éd. T. II, p. 87.

rine. C'est en vain que Jaquemier (1) élève la voix et cherche à la réhabiliter en insistant surtout sur son mode d'action dans la pathogénie de l'hémorrhagie, qui persiste comme il l'avait remarqué, avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la rupture de la poche des eaux. Aussi, conseille-t-il la rupture artificielle des membranes comme « l'un « des premiers moyens à employer lorsque une « hémorrhagie grave se manifeste ou devient telle « à une époque avancée de la dilatation ». C'en est fait malgré tout de la méthode de Puzos qui est maintenant reléguée au second plan ; on ne la pratique plus que dans des cas bien restreints. Le tampon a pour lui toute la faveur des grands praticiens qui inclinent à le préconiser comme le procédé le plus sûr ; il a fait sa preuve, il règne en maître, surtout depuis que M. le professeur Tarnier l'a amélioré et écarté de lui le principal reproche dont il était rendu coupable : l'apparition d'accidents infectieux chez les femmes auxquelles on l'appliquait.

Que se passait-il à l'étranger et quel est l'écho que notre méthode française a trouvé autour de nous ? C'est en Angleterre qu'elle a reçu le meilleur accueil. Tandis que Puzos n'avait recours à sa méthode qu'après que le travail était commencé, Smellie généralise le précepte de perforer les membranes : il n'y a pas pour lui de meilleur « expédient » : il n'attend même pas que le travail soit

1. *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées*. Paris, 1846. T. II, p. 228 à 278.

déclaré. La rétraction de l'utérus après l'évacuation du liquide amniotique sollicitant cet organe à se contracter il rompt les membranes pour provoquer l'accouchement; le passage suivant ne laisse aucun doute à ce sujet. « J'ai souvent réussi à arrêter des « pertes qui étaient survenues avant le travail, dit-
« il (1), en dilatant doucement l'orifice de la matrice
« avec mon doigt, de manière à faire naître des dou-
« leurs et à faire venir le travail ». Et lorsqu'elles n'étaient pas accessibles au doigt il se servait d'une sonde pour les rompre. Après lui Rigby (1776), publie un extrait des doctrines de Puzos et professe que la rupture des membranes arrête sûrement et sans retour les hémorrhagies et il perfore même le placenta quand celui-ci se trouve inséré sur le col.

Vivement combattue au contraire par Duncan Stewart (1816) et par Burns (1855) qui lui reprochent l'un la compression du fœtus, l'autre l'inertie utérine. Le professeur de Glasgow trouve même qu'elle ne donne aucune certitude; tout au plus pourrait-on y avoir recours « dans les cas légers qui marcheraient bien sans elle (2) » et il préconise le tamponnement qui donne une sécurité absolue quand il a été méthodiquement pratiqué.

Moins exclusif dans le choix des moyens de traitement employés, Robert Barnes (1862) commence

1. *Observations sur les Accouchements*. Traduction de Preville. Paris, 1877, t. II, p. 349.

2. *Traité des accouchements et des maladies des femmes et des enfants*. Trad. de l'Anglais sur la 9^e éd. par Galliot. Paris, 1855, p. 212 à 235.

par rompre les membranes ou décoller le placenta sur toute la zone inférieure et si l'hémorrhagie continue il introduit un de ses sacs violons; c'est le second stade de sa méthode. James Murphy (1885) le suit dans cette voie et publie de brillants résultats de la méthode du professeur de Londres. Enfin, Playfair (1878) incline également à la recommander dans tous les cas de placenta prævia; mais il s'empresse aussi de faire remarquer qu'on ne peut formuler aucune règle pratique bien définie.

En Allemagne, les accoucheurs ont été beaucoup plus réservés sur l'emploi de cette méthode. Quand l'insertion du placenta est centrale ou partielle alors que les membranes ne sont pas accessibles, Cohen de Hambourg (1855) et après lui Ritgen préconisent la rupture après décollement partiel de cet organe. En 1877, Schröder est tellement convaincu de la théorie qu'il a émise sur le mécanisme de l'hémorrhagie, dont nous parlerons au chapitre suivant, qu'il déclare hautement que la rupture artificielle des membranes est le procédé de choix.

Hyernaux de Bruxelles (1866) et le professeur Charles de Liège, en Belgique, la préconisent également mais dans certaines conditions bien spéciales et bien déterminées; mais ils inclinent cependant à donner la préférence au tamponnement.

Nous ne pouvons, en somme, donner dans cet aperçu historique qu'une énumération très rapide, car nous aurons dans le cours de ce travail à revenir d'une façon plus complète sur l'opinion de la plu-

part des accoucheurs que nous venons de citer.

Il est à signaler cependant que nos deux méthodes françaises, la rupture des membranes et le tamponnement, ont été combinées à l'étranger où elles ont donné naissance à deux nouveaux procédés, tout les deux nés à Londres. L'un, celui de Barnes, qui s'étend en Angleterre et aux États-Unis, l'autre, celui de Braxton-Hicks, qui trouve surtout des adeptes en Allemagne; ces deux méthodes nous sont revenues étayées de résultats statistiques les plus encourageants.

Enfin dans ces dernières années, avec M. le professeur Pinard, il y a eu un retour en faveur de la rupture artificielle des membranes, qui a bénéficié des connaissances nouvelles sur la pathogénie de l'hémorrhagie; elle devient dès lors un procédé d'hémostase rationnel. Aussi pour bien saisir son mode d'action et ce que l'on doit en attendre, croyons-nous qu'il est indispensable de reprendre rapidement les théories les plus accréditées émises sur le mécanisme de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.





CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DE L'HÉMORRHAGIE.

Avant de nous arrêter aux théories qui ont actuellement droit de cité dans le domaine obstétrical, il nous paraît intéressant de donner parallèlement et en quelques mots les opinions contemporaines de la méthode dont nous venons de retracer l'histoire.

Les anciens accoucheurs avaient remarqué que l'abondance des hémorrhagies coïncidait souvent avec la présence du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus; tous en rapportent de nombreuses observations, mais ils donnent à ces faits une interprétation des plus erronée. Ils croyaient en effet, que le placenta normalement inséré tombait sur le col après s'être décollé et que le sang s'écoulait au dehors en décollant les membranes; le sang qui demeurait, pouvait en se coagulant, agglutiner le gâteau placentaire avec la paroi utérine au point

même d'exiger une intervention manuelle pour détruire ces adhérences.

Le placenta était donc primitivement inséré sur le fond de l'utérus d'où il pouvait retomber par son propre poids et aussi sous l'influence des contractions.

Devenir donne à cet accident le nom de *chute du placenta* et il le considère comme un corps étranger qu'il recommande d'extraire; la déduction était fort simple, et que la femme soit à terme ou non, qu'elle soit en travail ou non, il recommande l'accouchement pour tarir l'hémorrhagie. Mais pourquoi le placenta se détachait-il? Flux immodéré des règles, émotions, chutes, traumatismes, contractions utérines, etc., étaient autant de causes justiciables de pouvoir provoquer cet accident.

Nous ne nous attarderons pas sur ces hypothèses qui manquent de bases précises, de connaissances anatomo-pathologiques exactes. Cependant nous croyons devoir rappeler ici, malgré la rareté du fait, que M. Budin dans ses leçons de clinique rapporte le cas d'une femme qui avait succombé à la suite d'hémorrhagies abondantes et chez laquelle le toucher donnait tous les signes d'une insertion centrale; à l'autopsie on constata que le placenta se trouvait primitivement inséré sur le fond de l'utérus d'où il s'était détaché pour glisser jusque sur le col. L'accoucheur de la Charité dit encore avoir observé un cas analogue à Vienne en 1877.

C'est à Portal que revient l'honneur d'avoir le pre-

mier démontré que le placenta peut se trouver primitivement greffé sur l'orifice, et en 1685 il publie ses nombreuses observations dans lesquelles il parle d'adhérences solides de cet organe en des points contigus à l'orifice interne. Levret et son élève Leroux rapportent ensuite plusieurs cas d'hémorrhagies dues à la même cause, et ils attribuent le décollement placentaire à l'effacement du col pendant la grossesse, et à l'effacement et la dilatation pendant le travail.

Pour Portal, l'hémorrhagie venait du placenta lui-même. C'est en se basant sur ces notions de la pathogénie de l'hémorrhagie et après avoir remarqué qu'elle cesse, quand le placenta a été expulsé avant l'enfant (*filius ante patrem* d'Abroise Paré), qu'il préconise l'arrachement du placenta, méthode qui sera reprise et développée plus tard. Puzos ne croyait pas non plus que la portion détachée puisse contracter de nouvelles adhérences. Bien imparfaites on le voit étaient alors les idées émises sur les causes de l'hémorrhagie quand cet accoucheur proposa la rupture artificielle des membranes.

En résumé d'où vient le sang et comment se produit le décollement placentaire ? Quelques auteurs ont avancé que le sang venait à la fois de l'utérus et du délivre ; d'autres après Portal et surtout les Anglais avec Simpson, uniquement du placenta.

Actuellement la plupart des accoucheurs modernes reconnaissent que les vaisseaux du placenta peuvent être déchirés mais que l'écoulement qui en résulte est relativement minime ; l'hémorrhagie

se fait par les sinus utérins largement ouverts, car on connaît bien aujourd'hui l'indépendance absolue des circulations foétale et maternelle.

Jusqu'au commencement de ce siècle, on avait pensé avec Levret que le col en s'effaçant participait à l'ampliation de la cavité utérine et produisait le décollement du placenta d'où l'hémorrhagie ; mais aujourd'hui l'effacement n'est mis en cause que dans les derniers temps de la grossesse et cela surtout depuis les leçons de Dubois, Depaul qui s'efforcèrent de vulgariser les recherches de Stoltz sur l'effacement du col. Ce sont ces auteurs avec Velpeau, Baudelocque qui préparent l'ère moderne ; aussi nous faut-il arriver jusqu'à Jacquemier pour trouver une théorie satisfaisante sur le mécanisme de l'hémorrhagie, bien établie sur des données anatomiques et physiologiques certaines.

THÉORIE DE JACQUEMIER (1846). — *Ampliation du segment inférieur : Défaut de parallélisme entre le développement du segment inférieur et celui du placenta.* — Cet auteur a justement fait remarquer que pendant les six premiers mois de la grossesse, c'est principalement le fond de l'utérus qui se développe et comme c'est à cette même époque que le placenta a atteint son maximum de développement il en résulte, quand il est normalement inséré, que matrice et placenta se développent parallèlement. Dans les trois derniers mois au contraire, c'est plus spécialement le segment inférieur qui fait les frais de

l'ampliation de l'utérus qui augmente rapidement de volume par accroissement de ce même segment inférieur. Or, si le placenta se trouve inséré sur cette zone (puisque à ce moment il est complètement développé), il ne pourra suivre l'expansion utérine, il y aura séparation, décollement et partant hémorrhagie. « L'hémorrhagie, dit-il (1), peut se manifester « lorsque le placenta recouvre l'orifice interne et « lorsqu'il en est seulement plus ou moins rapproché « par la circonférence. Dans ce dernier cas et même dans celui où il recouvre l'orifice par son bord « seulement la perte après s'être produite une ou « plusieurs fois peut cesser définitivement... lorsque la portion du placenta qui avoisine l'orifice « ou le recouvre a été décollé et que l'extravasation sanguine a cessé, la tendance à de nouveaux « décollements partiels peut disparaître, parce que « les progrès de l'ampliation de la partie inférieure « de l'utérus, éloigne très insensiblement le bord « du placenta, le plus exposé à de nouveaux tiraillements, du segment inférieur qui est la partie « la plus distendue mécaniquement et parce « que le tiraillement diminue du bord inférieur du « placenta au bord supérieur qui se trouve assez « haut dans la cavité utérine » et plus loin il ajoute : « Lorsque à l'ampliation organique vient s'ajouter « la distension mécanique que subit le segment

1. *Manuel des maladies des femmes grosses et accouchées*. Paris. 1846. T. II, p. 238.

« inférieur de l'utérus et qui le fait proéminer dans
« l'excavation du bassin, le tiraillement augmente
« d'une manière très marquée et entraîne souvent le
« décollement d'une portion du placenta. De là la
« fréquence croissante de l'hémorrhagie pendant les
« septième, huitième et neuvième mois, quoique
« l'orifice soit exactement fermé ».

Cette théorie encore admise aujourd'hui, n'a pas manqué, grâce à sa précision et à sa simplicité, de trouver de nombreux partisans et aussi quelques contradicteurs surtout à l'étranger. Quoiqu'il en soit, si c'est grâce au mécanisme invoqué par Jacquemier que se produit l'hémorrhagie, puisque ce défaut de parallélisme est physiologique, constant, elle devrait être aussi constante, inévitable, chaque fois que le placenta est inséré sur le segment inférieur. Or, nous savons qu'il est des cas d'insertion vicieuse dans lesquels la grossesse et l'accouchement se passent sans le moindre accident.

La théorie de Jacquemier avait donc une lacune. C'est encore à un accoucheur français, Depaul, qu'il appartenait de la combler.

THÉORIE DE DEPAUL (1852). — *Irrégularité de développement du segment inférieur de l'utérus. Accroissement plus considérable de la partie antérieure de ce même segment inférieur.* — En acceptant l'opinion émise par Jacquemier, Depaul expose et prouve dans un remarquable mémoire qu'il a présenté à l'Académie de Médecine, que l'utérus ne

se développe pas d'une façon aussi régulière ni aussi uniforme qu'on le croit généralement.

« Le développement de toutes ces régions, dit
« Depaul (1) ne se fait pas d'une manière aussi uni-
« forme. J'ai eu occasion d'examiner l'utérus de
« femmes qui avaient succombé pendant les der-
« niers mois de la grossesse et j'ai pu voir que dans
« les parties inférieures l'accroissement n'était pas
« le même partout. La région antérieure se déve-
« loppe en général beaucoup plus que la posté-
« rieure,.. Il est en effet, assez fréquent de consta-
« ter au début du travail que la tête du fœtus en
« s'engageant dans l'excavation du bassin, entraîne
« avec elle la paroi antérieure de l'utérus dont elle
« est en quelque sorte coiffée ». « Dans ces mêmes
« dissections, ajoute-t-il quelques lignes plus loin,
« je me suis assuré en outre que les parties latérales
« se développaient inégalement... Il résulte de là
« que la plus grande inégalité règne dans le déve-
« loppement des différentes parties de l'utérus;
« qu'en réalité le fond est la région de l'organe qui
« prend un accroissement rapide pendant les pre-
« miers temps de la grossesse; il est impossible de
« désigner d'une manière exacte, ni qu'elle est la
« partie de ce fond qui se développe le plus, ni
« quand s'arrête cet accroissement. D'un autre côté
« le segment inférieur se développe assurément
« plus tard, mais il n'est pas possible d'assigner une

1. *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, 1852. *Leçons de Clinique obstétricale*. Paris, 1872-1876, page 648.

« époque fixé au début de ce phénomène variable
« chez chaque femme et l'on peut dire seulement
« d'une manière générale que cela commence du
« sixième au septième mois ».

Le segment inférieur de l'utérus gravide ne constitue donc pas un segment de sphère aussi régulier dont le développement se fasse d'une façon aussi uniforme qu'on le croyait avant lui ; nous voyons au contraire que certaines régions et surtout la partie antérieure se développent bien plus que les autres.

Il résulte de ces données que l'orientation du placenta, c'est-à-dire son siège précis d'insertion sur le segment inférieur, nous permettent de comprendre le mécanisme de l'hémorrhagie, en même temps que son irrégularité et son inconstance clinique.

« Si le placenta, continue Depaul, est venu se
« greffer sur le segment inférieur presque entière-
« ment constitué par cette partie de l'utérus qui
« participera à l'amplitude générale de l'organe, il
« ne pourra suivre le développement des parois, de
« là séparation entre le tissu placentaire et le tissu
« utérin, rupture des vaisseaux utéro-placentaires et
« hémorrhagie. Si le délivre est appliqué à l'orifice
« interne même, à la cause des pertes viendra plus
« tard s'en joindre une autre, l'effacement du col,
« qui dans le courant du neuvième mois ou par le fait
« du travail s'ajoutera au développement des parties
« avoisinantes ».

L'hémorrhagie sera donc d'autant plus précoce, d'autant plus inévitable et abondante que le pla-

centa viendra s'insérer plus complètement sur la région antéro-inférieure du segment inférieur; d'autant moins abondante, que l'insertion se fera en arrière, c'est-à-dire sur cette région qui subit le moins de modifications à la fin de la grossesse, et elle sera même nulle si le gâteau placentaire, au lieu de recouvrir l'orifice interne ou de l'effleurer seulement, s'insère en arrière à une certaine distance de lui.

Pour notre compte, durant nos fonctions de moniteur à la Clinique d'accouchements, nous avons eu l'occasion de vérifier l'exactitude de l'ingénieuse opinion émise par Depaul. Voici par exemple un fait qu'il nous a été permis de constater.

OBSERVATION I (personnelle).

Insertion latérale du placenta sur la paroi postérieure du segment inférieur. Présentation du sommet en position OIGA. Grossesse et accouchement naturel à terme sans hémorrhagie.

Rose A..., secondipare, âgée de 34 ans, domestique, entre à la Clinique de la rue d'Assas, le 28 septembre 1893.

D'une bonne santé habituelle, elle a eu une première grossesse absolument normale qui s'est terminée le 14 septembre 1889 par un accouchement naturel à terme.

Elle a été réglée pour la première fois à 21 ans seulement toujours d'une façon très régulière. Depuis son premier accouchement elles sont devenues beaucoup plus abondantes et durent huit jours au lieu de deux.

Elle a eu ses dernières règles du 12 au 18 novembre 1892, elle est donc actuellement à terme. Sauf quelques varices superficielles

et des crampes dans les membres inférieurs, rien à signaler pour cette grossesse qui a évolué d'une façon normale.

Les premiers mouvements actifs ont été perçus au commencement du mois de mars.

Le 7 juillet 1893, elle se présente à la consultation et voici ce que nous avons constaté : l'état général est parfait ; rien à signaler du côté du squelette ; le cœur maternel et les urines sont normaux ; l'utérus est bien développé, le fond de l'organe remonte à trois doigts au-dessus de l'ombilic ; il n'y a pas d'excès de liquide, le fœtus se présente par le sommet en position O.I.D.T. non engagée ; il est du reste assez mobile et les battements du cœur fœtal sont normaux.

Au toucher l'excavation est vide, c'est avec peine que l'on atteint la partie fœtale, qui est très élevée, en arrière de la symphyse du pubis, le col est dirigé très en arrière et à gauche il est mou et a encore toute sa longueur ; il présente sur sa lèvre gauche une cicatrice d'une déchirure ancienne et est perméable jusqu'à l'orifice interne qui n'admet même pas la pulpe du doigt. Les culs-de-sac semblent avoir leur souplesse et leur épaisseur normale.

Le rectum est énormément distendu par des matières fécales, ce qui rend difficile la recherche du promontoire pour la mensuration du bassin qui est normal.

Elle a éprouvé les premières douleurs le 24 septembre à 5 heures du soir. A dix heures, elle était admise à la Clinique avec un travail franchement déclaré et une présentation du sommet en O.I.G.A. peu engagée. Toute la nuit les douleurs se sont succédées de plus en plus rapprochées et énergiques.

Le 25 septembre, à 8 h. 1/4 du matin, quand nous avons examiné de nouveau la parturiente, la partie fœtale n'était pas profondément engagée ; la dilatation était égale à une pièce de cinq francs ; les bords de l'orifice, qui est dirigé en arrière,

sont souples ; les membranes sont intactes et très rugueuses, et comme un mince filet de sang coule des organes génitaux, nous songeons à une insertion de voisinage du placenta. Le cul-de-sac antérieur présente son épaisseur et sa souplesse normale, le postérieur est très élevé ce qui rend son exploration difficile.

A 9 h. 20, la dilatation est de la grandeur d'une petite paume de main : on sent alors que les membranes sont surtout très rugueuses en arrière, la poche des eaux est assez volumineuse pendant les contractions.

A 10 h. 15, on ne sent plus la lèvre postérieure du col que l'on atteint encore sur une assez grande étendue en avant. Une heure après, les membranes se rompent spontanément : la partie fœtale descend dans l'excavation coiffée pour ainsi dire par la partie antérieure du segment inférieur.

Les contractions se succèdent très énergiques et la lèvre antérieure du col œdématiée apparaît à la vulve en même temps que la tête descend sur le périnée. Après l'avoir dégagée, nous engageons la femme à pousser. La rotation est lente à se faire nous sommes obligés de favoriser ce mouvement et grâce à cette manœuvre, la terminaison de l'accouchement a pu se faire quelques instants après, il était 11 h. 25.

Le travail avait duré 18 h. 30.

La main droite procidente a paru à la vulve en même temps que l'épaule postérieure, c'est-à-dire la gauche, le bras droit étant croisé sur la poitrine.

Circulaire lâche que l'on dégage facilement.

L'enfant crie aussitôt : c'est un garçon bien conformé qui pèse 3270 grammes.

La délivrance qui a eu lieu vingt minutes après a été normale.

Le placenta pèse 520 grammes : les membranes sont complètes ; l'examen de l'arrière-faix a confirmé nos prévisions et nous a permis de faire le diagnostic rétrospectif d'insertion latérale du

placenta, puisque les membranes, qui ne présentent que l'orifice nécessaire au passage du fœtus, sont déchirées à un travers de doigt du bord de cet organe.

Quoique cette observation soit un cas d'insertion vicieuse des plus simple, puisque l'accouchement s'est terminé sans hémorrhagie, elle nous paraît cependant des plus intéressante et bien justifier la théorie de Depaul sur le mécanisme de l'hémorrhagie : 1^o irrégularité dans le développement du segment inférieur et surtout de la partie antérieure qui coiffe la tête et descend avec elle pendant le travail ; nous avons ici constaté le fait : 2^o le placenta était inséré en arrière ; c'est en effet de ce côté que nous avons senti les membranes rugueuses et épaissies. Or, d'après la théorie que nous venons d'examiner, quand le placenta est ainsi orienté il est moins sujet à subir des tiraillements, ce qui explique que notre malade, sauf un léger suintement de sang pendant le travail, n'a pas eu une seule perte ni à la fin de la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

THÉORIE DE R. BARNES (1847). — 1^o *Excès de développement du placenta sur celui du segment inférieur ; 2^o hyperhémie périodique.*

Tandis qu'en France on admet les théories de Jacquemier et Depaul, Robert Barnes de Londres émet une opinion sur le mécanisme de l'hémorrhagie qui a eu plus d'écho à l'étranger et surtout en Angleterre que chez nous.

Après un rapide examen des théories déjà émises avant lui, « celle que je propose, dit le professeur de
« Londres (1), est juste le contraire de celle qui est
« généralement admise. Quelle est la partie qui se
« développe le plus rapidement? n'est-ce pas l'œuf? le
« placenta? Le développement du col est secondaire,
« il est le résultat de l'excitation que lui imprime
« l'œuf. *Le premier décollement du placenta vient*
« *d'un excès de développement de cet organe sur le*
« *col* qui n'est pas destiné à l'insertion du placenta
« et qui n'est pas fait pour vivre en paix avec le
« placenta. Les relations sont rompues, le placenta
« s'étend au delà et l'hémorrhagie se produit. »

Ce serait donc le placenta qui se développerait d'une façon excessive, et qui en augmentant de volume se détacherait des points sur lesquels il se trouve greffé; et partant de ce fait que l'hémorrhagie est plus fréquente aux époques menstruelles, Barnes ajoute : « Au moment des règles, le sang
« afflue vers l'utérus, et le placenta le gonfle et le
« rend trop large pour la surface sur laquelle il est
« fixé, il se décolle sur les bords de l'orifice et le
« sang s'écoule ; sous l'influence de l'irritation que
« produit ce détachement partiel, l'infiltration d'un
« peu de sang dans la substance même du placenta
« et la présence de quelques petits caillots entre le
« placenta et la paroi utérine peuvent éveiller la

1. *Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies.*
Traduit sur la 2^e éd. anglaise par Condes, Paris, 1873, Leçon XXII, p. 388.

« contraction ; la zone cervicale peut en se contracter tant secondairement, détacher une plus grande partie du placenta. » Telle est pour l'accoucheur anglais le mécanisme par lequel se produit l'hémorrhagie pendant la grossesse, *l'hyperhémie périodique du placenta*, qui n'aurait rien à faire directement avec les hémorrhagies du travail, qui elles, seraient secondaires et dues à l'expansion du col.

Sans nier l'influence des caillots comme cause déterminante de la contraction, c'est-à-dire du travail et du décollement placentaire, nous ne saurions admettre l'influence de l'hyperhémie périodique. Du reste les travaux de Dubois, Depaul, Pajot et de notre maître M. le professeur Tarnier, qui ont vulgarisé et complété les recherches de Stoltz et démontré que le travail peut avoir pour résultat de rompre les liens qui rattachent le placenta à l'utérus quand il est vicieusement inséré, ont fait justice de l'opinion émise par Barnes. Elle est du reste peu en rapport avec l'observation clinique qui montre que plus la grossesse approche du terme et plus fréquentes et abondantes sont les hémorrhagies et ceci est une caractéristique des pertes liées à l'insertion vicieuse du placenta.

Barnes avait en outre observé que l'hémorrhagie s'arrête parfois lorsque le diamètre de l'orifice du col a atteint 0,52 à 0,76 millimètres ; cette notion a une grande importance au point de vue du traitement qu'il préconise. Examinons donc comment il l'explique.

Le professeur de Londres précise d'abord les limites de l'insertion vicieuse du placenta; et pour cela il divise l'utérus en *trois zones* circonscrites par deux cercles perpendiculaires à l'axe de l'organe, qu'il appelle : *cercle polaire supérieur* et *cercle polaire inférieur* et la zone située au-dessous de ce dernier, celle qui seule nous intéresse : *zone cervicale ou dangereuse* sur laquelle le placenta peut se greffer partiellement ou en totalité (placenta prévia). Dans la zone du milieu et dans celle du fond, l'insertion peut se faire sans danger.

Au-dessous du cercle polaire inférieur il n'y a plus d'équilibre entre les limites contractiles du tissu musculaire et l'adhérence du placenta; ce cercle indique précisément la limite du détachement spontané de cet organe. Or, la mesure de la tête du fœtus donne exactement la dimension de la surface, sur laquelle le placenta ne peut s'insérer sans être décollé pendant le travail et le cercle polaire inférieur représente la limite de dilatation nécessaire à son passage; elle correspond sur la tête fœtale à une circonférence passant au niveau des bosses pariétales, c'est-à-dire à 0,76 millimètres de l'occiput pris comme centre; et circonstance heureuse pour le traitement que préconise Barnes, la hauteur de ce cercle inférieur, que l'on peut dans l'utérus décrire avec le doigt le col étant pris ici comme centre, mesure encore exactement la même hauteur.

Comme le mouvement d'expansion du segment

inférieur pendant le travail ne peut se produire sans décoller le placenta, l'hémorrhagie qui en résulte cessera quand la dilatation sera complète, suffisante pour donner passage à la tête; aussi propose-t-il comme un des traitements de l'hémorrhagie le *décollement du placenta sur toute cette zone que le doigt peut atteindre pour accourcir*, comme il le dit, *ce stade dangereux du travail* et il fait suivre l'exposé de sa théorie d'une série de propositions physiologiques et thérapeutiques basées sur le mécanisme qu'il a développé.

THÉORIE DE MATTHEWS DUNCAN (1873). — 1° *Pendant la grossesse : Rupture d'un vaisseau utéro-placentaire ou sinus marginal; décollement accidentel du placenta*; 2° *Pendant le travail : expansion de l'utérus*. — Matthews Duncan refuse au décollement du placenta sous l'influence des contractions l'importance qu'on a bien voulu lui donner. Il fait remarquer ensuite que si la théorie de l'irrégularité du développement de l'utérus était vraie, puisque cette irrégularité est constante, l'hémorrhagie devrait être inévitable, et à l'appui de son dire il base son opinion sur ce que, dans de nombreux cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse qu'il a eu occasion d'observer, il n'a pas trouvé sur la face utérine du placenta les altérations pathologiques dues au décollement, si minutieusement décrites par Gendrin (1)

1. *Traité philosophique de médecine pratique*, 1839. Tome II, p 216 à 275.

et il enseigne (1) que l'hémorrhagie peut être produite pendant la grossesse :

« 1° Par rupture d'un vaisseau utéro-placentaire
« au niveau ou au-dessus de l'orifice interne de l'utérus ;

« 2° Par rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire dans l'aire de détachement prématuré, spontané ; non pas quand l'insertion du placenta est centrale où qu'il couvre l'orifice interne, mais quand l'un de ses bords siège sur l'orifice interne ou près de lui ;

« 3° Par la séparation partielle du placenta à la suite d'une cause *accidentelle*, un choc ou une chute ;

« 4° Par la séparation partielle du placenta, conséquence des *contractions* utérines qui déterminent une légère dilatation de l'orifice interne ».

Il relègue, on le voit, au second plan la contraction utérine pour faire une large part aux traumatismes génitaux ou de la paroi comme agents de décollement placentaire. Sans nier l'influence des ruptures vasculaires dont parle Duncan et du traumatisme poussé aussi loin, la théorie du professeur d'Edimbourg ne nous semble pas en harmonie avec la symptomatologie de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta dont la caractéristique, prouvée par de nombreux faits cliniques, est précisément d'être insidieuse, subite, silencieuse ; la brusquerie de son

1. *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta*. Traduit par P. Budin, Paris, 1876, p. 325.

apparition au milieu de la nuit, son indolence, son arrêt aussi subit, la fréquence et l'abondance croissante des pertes ultérieures au fur et à mesure que la femme approche du terme de la grossesse telle est la physionomie spéciale de ces sortes d'hémorrhagies.

Pour Spiegelberg la perte est également due pendant la grossesse au traumatisme et à la congestion placentaire, hyperhémie due à l'excès de pression du sang contenu dans le placenta vicieusement inséré.

Dès que le travail de l'accouchement est déclaré, Duncan enseigne que l'hémorrhagie est due au décollement du gâteau placentaire par *expansion* du col qui se transforme à la fin de la grossesse en un canal cylindrique qui doit livrer passage au fœtus. Les parois qui forment le segment de sphère constitué par le segment inférieur, vont être refoulées de dedans en dehors, s'écarter, s'élargir et se transformer en un véritable tube cylindrique. Quand le placenta est anormalement inséré, il ne peut suivre ce mouvement d'expansion, il se sépare progressivement de la paroi utérine et l'hémorrhagie se produit. Ces modifications de forme ont lieu sous l'influence de la contraction des fibres longitudinales de la partie inférieure de l'utérus, plus énergiques que celle des fibres circulaires qui cèdent, qui sont pour ainsi dire vaincues ; de même que le placenta se décolle après l'accouchement, parcequ'il ne peut suivre le retrait de l'utérus, de même il se détache

ici parce qu'il ne peut suivre son augmentation en surface.

Cette théorie de l'expansion a été reprise en France et bien mise en lumière par M. Budin, qui grâce à une comparaison des plus originale a bien expliqué ce qui se passe dans le segment inférieur de l'utérus pendant l'accouchement. Il suppose qu'un fœtus soit contenu dans l'intérieur d'un de ces sacs en caoutchouc dont on se sert pour appliquer la glace sur l'abdomen des malades et qu'il doive sortir par le canal cylindrique qui permet l'introduction des morceaux de glace; on sera obligé pour cela de dilater considérablement le canal. Si au lieu de le dilater ainsi, on ouvre le sac par son fond et l'on introduit les deux mains de haut en bas, entre la partie fœtale et le canal cylindrique, en écartant fortement les mains, on permettra encore au fœtus de sortir; cette partie du sac aura été considérablement distendue et refoulée de dedans en dehors, elle aura subi un grand mouvement *d'expansion*. C'est un phénomène analogue qui se passe dans l'utérus au moment de l'accouchement.

Sans nier en outre le rôle pathogénique du décollement placentaire dans la production des hémorragies par insertion vicieuse, comme Duncan, il affirme que la rupture du sinus circulaire peut être la cause fréquente d'hémorragies, que le placenta soit inséré sur le segment inférieur ou qu'il occupe sa place normale. L'accoucheur de la Charité a fait sur ce sujet une intéressante communication à la

Société obstétricale et gynécologique de Paris (1), et sans vouloir formuler un traitement systématique, il préconise la rupture des membranes pour supprimer les tiraillements qui maintiennent les sinus béants. Ces idées ont encore été admirablement exposées dans l'excellente thèse de son élève le Dr Maksud (2).

THÉORIE DE SCHRÖDER (1877). — *Glissement de la paroi utérine sur l'œuf*. — Après avoir trouvé la théorie du professeur d'Edimbourg aussi ingénieuse que séduisante, Schröder fait remarquer cependant que le placenta s'accommode tout aussi facilement à une expansion exagérée qu'à un retrait considérable de l'utérus, comme on peut l'observer du reste dans l'accouchement normal. Après l'évacuation du produit de la conception en effet, le placenta peut demeurer adhérent et même dans les cas de grossesse gémellaire quand l'utérus a subi une distension énorme. « Pour moi, affirme-t-il (3), la cause fondamentale se trouve dans le glissement de la paroi utérine sur l'œuf ». Ainsi donc à la théorie de l'expansion, Schröder oppose celle du glissement.

1. Budin. Communicat. etc... Séance de juin 1893. In *Annales de gynécologie et d'obstétriques*, août 1893, T. XL, p. 156.

2. Maksud. Thèse de doctorat, Paris, 1893. *Contribution à l'étude des hémorrhagies pendant la grossesse et l'accouchement. Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies dues à la rupture du sinus circulaire*.

3. Ueber die Bedeutung des Blasensprunges bei Placenta prævia lateralis *Zeitschr. f. geb. und gyn.*, 1877. B. I, p. 225.

Quelques explications sont ici nécessaires pour la bien comprendre. Quand le placenta est normalement inséré, le glissement de la paroi utérine produit la séparation des membranes et la formation de la poche des eaux ; si le placenta au contraire se trouve greffé sur le segment inférieur, ce glissement produira et la séparation des membranes et le décollement du placenta et Schröder ajoute : « Tant que les membranes sont intactes le segment inférieur doit s'écarter du placenta, et ce dernier alors doit se décoller dans sa partie inférieure. On peut suivre aussi ce changement sur la femme vivante ; plus l'orifice du col remonte, plus apparaît cette partie du placenta qui est située au devant du fœtus, non parce que celui-ci s'abaisse mais parce que l'orifice du col s'élève. Les conditions sont différentes après la rupture des membranes. Dès que l'amnios est déchiré, le placenta peut remonter avec le segment inférieur, la cause de séparation entre l'utérus et le placenta n'existe plus. »

Schröder étudie ensuite de plus près le mécanisme de la séparation de l'œuf et voici ce qu'il professe. Dans les cas d'insertion vicieuse centrale ou partielle, le décollement se fera entre l'utérus et la caduque et il se poursuivra sur la caduque utéro-placentaire, à cause du retrait de l'utérus ; l'hémorrhagie sera alors inévitable et elle augmentera au fur et à mesure qu'une plus grande portion du délivre aura quitté la paroi utérine.

Si le placenta est au contraire inséré latéralement,

il peut n'en être toujours pas ainsi, car la séparation peut se faire entre le chorion et l'amnios moins intimement unis; le placenta pourra alors remonter avec le segment inférieur, mais il faut pour cela que le chorion soit rompu et que l'amnios seul vienne faire hernie et constituer la poche des eaux; mais ce décollement ne peut jamais être bien étendu, car il est limité par l'insertion du cordon qui offre une barrière à cette séparation. Dans ces conditions, le décollement et l'hémorrhagie seront moins considérables.

On conçoit déjà que la rupture artificielle des membranes soit le traitement rationnel et logique qui découle en ligne droite de la théorie du glissement.

C'est en effet en se basant sur une opinion analogue à celle de Schröder, que M. le professeur Pinard a fait de la rupture artificielle des membranes le procédé de choix comme traitement des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Mais avant de nous arrêter au mécanisme qu'il invoque pour la production des hémorrhagies, il nous paraît intéressant de dire quelques mots des recherches qui l'y ont conduit et qui servent d'étai à sa théorie.

Quand on étudie les causes de la rupture prématurée des membranes dans les travaux de Dubois, Depaul, Garipuy, etc., on est réellement surpris de la multiplicité des opinions émises sur ce sujet. Or

M. le professeur Pinard (1), dans un intéressant mémoire paru en 1885, a trouvé que sur 1394 accouchements, 147 fois les membranes s'étaient rompues spontanément avant tout début de travail et sur ces 107 cas, 105 fois les membranes s'étendant de l'orifice par lequel était passé le fœtus au bord du placenta, mesuraient de 0 à 10 centimètres. Cette rupture prématurée est donc fréquente dans les cas d'insertion vicieuse. Il a démontré en outre que dans tous les cas où l'hémorrhagie se montre la première, il a toujours vu la rupture des membranes faire cesser la perte, sauf dans les cas où le fœtus se présentait par le tronc.

Voilà les faits d'observation ; voyons maintenant comment il les explique. M. Pinard fait remarquer que lorsqu'il y a insertion vicieuse, c'est-à-dire que la portion des membranes qui s'étend, comme nous venons de le voir, de l'orifice utérin au rebord du placenta n'a que quelques centimètres de longueur, il peut se produire deux choses : où la pression amniotique triomphe des membranes et celles-ci se rompent, ou bien le chorion résistant ne se déchire pas et comme il est solidement adhérent au placenta, il entraîne ce dernier et le décolle, d'où l'hémorrhagie.

Il faudrait qu'il y ait parallélisme entre le développement de la paroi utérine et l'extensibilité des membranes qui est beaucoup moindre. Cette exten-

1. Pinard, *De la rupture prématurée dite spontanée de l'œuf humain*, in *Annales de gynécologie*, 1885, p. 170.

sibilité ne pourra s'exercer que sur une très faible étendue si le placenta s'insère sur le segment inférieur, tandis que lorsqu'il occupe le fond de l'organe les tiraillements se répartissent sur une plus grande surface des membranes.

Tel est le mécanisme qu'il invoque pendant la grossesse : pendant le travail il sera le même si l'insertion est partielle.

Dans l'insertion centrale au contraire, l'hémorrhagie sera inévitable au moment du travail car il ne s'agit plus ici de tiraillement, mais c'est le fœtus lui-même qui agit directement sur le placenta le repousse au devant de lui et le décolle.

Toutes les théories que nous venons de passer en revue ont eu, on le conçoit, leurs conséquences pratiques quand il s'est agi de les appliquer. Avec celle du glissement de l'utérus sur l'œuf et de la rupture du sinus circulaire, s'est imposée la rupture artificielle des membranes, car on a dit que le moyen le plus sûr de tarir l'hémorrhagie était de s'adresser directement à la cause. Avec la théorie de l'expansion au contraire, puisqu'on ne compte pas avoir de moyen d'action direct, on a imaginé des procédés dont le tampon est le type. Nous verrons dans le chapitre suivant par quel mécanisme se produit l'hémostase et nous verrons qu'en matière de placenta prævia il faut avant tout savoir être éclectique.





CHAPITRE III

MODE D'ACTION. MÉCANISME DE L'HÉMOSTASE.

Nous savons comment se produit l'hémorragie utérine liée à l'insertion vicieuse du placenta ; nous devons maintenant pour être complet, étudier par quel mécanisme se produit l'hémostase quand l'œuf a été ouvert, quels sont les agents qui interviennent pour tarir l'écoulement, quelle part respective leur revient. Ces notions sont d'une importance capitale pour bien connaître le mode d'action, le pourquoi d'un traitement que l'on dirige et tout le bénéfice que l'on doit attendre de lui.

Ce chapitre nous servira donc de trait d'union, de transition toute naturelle entre ce que nous venons d'énoncer et les indications à la rupture artificielle des membranes. C'est encore ici que nous trouverons la clef qui nous permettra de comprendre dans quels cas elle est insuffisante, inefficace, et combien appliquée d'une façon irréfléchie, non seulement elle nous expose à manquer le but que l'on poursuit,

mais elle peut devenir une complication sérieuse surajoutée à une situation déjà très grave par elle-même. Et d'abord que se passe-t-il quand les membranes se rompent d'elles-mêmes ou quand on les déchire artificiellement ?

1° ON SUPPRIME LE GLISSEMENT, LES TIRAILLEMENTS ; ON PRÉVIENT AINSI UN DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE PLUS CONSIDÉRABLE. — Revenons un peu sur ce qui se passe quand les membranes sont encore intactes et que le placenta occupe le segment inférieur de l'utérus. Si nous nous souvenons de ce que nous a enseigné Schröder, la paroi utérine subit un mouvement de glissement sur l'œuf qui demeure passif, comme le dit Dumas de Montpellier, et en même temps que le col s'efface et se dilate le segment inférieur se retire de bas en haut.

Si la poche des eaux vient à se rompre, nous comprenons que les choses vont immédiatement changer, les membranes ne vont plus tirailler sur le placenta qui pourra suivre la paroi utérine dans son mouvement d'ascension ; la cause du décollement disparaît, sinon en totalité, du moins en partie, et partant l'hémorrhagie s'arrête.

S'agit-il encore d'une hémorrhagie due à la rupture du sinus circulaire ? son action sera la même puisque les contractions tendent les membranes, les sinus tirillés deviennent plus béants, leurs parois qui étaient affaissées, s'ouvrent et l'hémorrhagie se reproduit. C'est du reste en tendant les membranes

que l'on observe les sinus ouverts sur le placenta. Tel est le but que l'on cherche à réaliser en rompant artificiellement la poche des eaux.

C'est en effet ce qui se passe en règle générale, quand la rupture spontanée se produit surtout tardivement au moment du travail et quand le col a déjà acquis un certain degré de dilatation ; l'hémorrhagie s'arrête, on ne saurait nier le fait, il a été constaté par la plupart des praticiens. Il est vrai aussi qu'il est malheureusement des cas qui viennent démontrer que cela n'est pas absolu, car on peut voir l'hémorrhagie continuer malgré la rupture des membranes. Nous chercherons plus loin à interpréter ces faits, mais il nous demeure auparavant à examiner de plus près ceux qui constituent la règle générale, à analyser plus soigneusement ce qui se passe dès que l'œuf a été ouvert et que le liquide amniotique s'est écoulé. Deux facteurs principaux sont à considérer comme agents d'hémostase : le premier actif, fourni par les propriétés physiologiques, l'utérus ; le second passif, la partie fœtale. Enfin il est des causes accessoires qui viennent ajouter leurs effets salutaires.

2° ON PROVOQUE DES CONTRACTIONS UTÉRINES. — La rupture des membranes supprime donc les tiraillements imprimés au placenta, par ce fait elle empêche de nouveaux décollements : voilà son action immédiate. Mais sur la portion déjà décollée elle est sans action directe. C'est à la partie fœtale que nous allons

nous adresser pour cela ; il est vrai que la rupture favorise cette action et voici comment.

a. — Les contractions utérines réveillées ou accrues abaissent la partie fœtale. — Dès que l'œuf a été largement ouvert et que le liquide amniotique s'est écoulé, l'utérus, grâce à sa rétractilité d'abord, s'applique sur son contenu ; ensuite les contractions réveillées deviennent plus énergiques à cause du contact plus direct de la matrice sur l'enfant ; elles poussent en bas le fœtus dont la partie qui se présente vient appuyer sur le placenta et par suite sur la surface utérine d'insertion, remplissant ainsi le rôle d'un véritable tampon interne. C'est là un fait accepté par la plupart des accoucheurs modernes, Cazeaux, Depaul, Pajot, etc., et notre maître, M. le professeur Tarnier. Une des conditions essentielles pour pratiquer la rupture artificielle des membranes, sera donc que l'on ait affaire à une présentation favorable, et nous n'irons pas aussi loin que Schrœder dans cette voie, quoique nous ayons accepté le mécanisme qu'il invoque pour la production de l'hémorrhagie, qui estime que la rupture des membranes n'agit seulement qu'en empêchant le segment inférieur de glisser sur le placenta ; il méconnaît donc le rôle de la partie fœtale.

b. — Les contractions utérines obturent les vaisseaux. — C'est grâce à la propriété contractile de l'utérus que dans la délivrance ordinaire les vaisseaux inter utéro-placentaires se rompent. Tandis que les artères sont accompagnées d'un manchon

celluleux, les veines et sinus veineux adhérents à la couche musculaire, aux fibres ansiformes de William Hunter (1772) et de Calza (1807) se trouvent ainsi transformés en de véritables canaux contractiles bien étudiés déjà par Jacquemier. Cet auteur a démontré aussi l'augmentation de la fibrine chez les femmes enceintes aux derniers mois de la grossesse, circonstance heureuse encore pour l'hémostase qui se trouve favorisée par la production facile de caillots qui obturent les orifices des vaisseaux.

Si l'utérus demeure inerte, ses vaisseaux demeureront largement béants, le sang s'écoulera à flot. Se contracte-t-il au contraire ? Ces manchons musculaires qui les enserrent seront, selon l'heureuse expression de M. le professeur Pinard, autant de ligatures vivantes.

Cette merveilleuse propriété que possède l'utérus de faire sa propre hémostase sera d'autant plus développée que cet organe pourra se contracter d'une façon plus pleine, et que l'insertion du placenta sera plus éloignée du segment inférieur qui n'est pas fait pour le recevoir, pour employer l'expression d'un grand praticien. Les travaux de Hélie de Nantes, et depuis les recherches de Bandl et de Braune nous ont appris que si le segment inférieur est si mince, c'est que la couche musculaire de l'utérus, la plus importante, fait ici défaut et lorsque le placenta s'y trouve inséré les fibres musculaires y seront encore d'autant plus rares que sa texture devient alors plus vasculaire.

Nous concevons donc que si l'agent ordinaire d'hémostase, la contractilité, joue un rôle dans le cas qui nous occupe il sera bien atténué. L'observation clinique vient du reste confirmer ces données d'anatomie.

« Après l'accouchement, dit M. le professeur Tarnier (1), le col restera mou, même quand le corps de l'utérus forme à l'hypogastre un corps dur ; c'est pourquoi les hémorrhagies consécutives à l'accouchement et même à la délivrance, ne sont jamais plus à craindre que lorsque le placenta s'insère sur le segment inférieur ».

Encore un fait démontré par Kölliker et qui peut avoir, quoique, très limitée son importance en l'espèce ; c'est qu'indépendamment de son rôle protecteur pour le fœtus, le liquide amniotique est un régulateur de la circulation maternelle ; par sa pression il maintient constant et béant le diamètre des lacunes sous choriales dans lesquelles baignent, comme les racines d'un bulbe de jacinthe dans l'eau, les villosités choriales. Ainsi donc, sans nier l'action favorable que peut produire l'évacuation du liquide et sans méconnaître le rôle de la contractilité, nous croyons que c'est surtout différemment qu'agit cette dernière : c'est par l'intermédiaire de la partie fœtale qu'elle sollicite à s'engager et à comprimer ainsi la surface décollée du placenta.

Pas plus que nous n'avons admis d'une façon

1. Tarnier et Chantreuil. *Traité d'accouchements*, t. I, p. 231, Paris, 1882.

absolue l'opinion de Schröder, nous n'admettons celle de Barnes qui ne rompt les membranes que pour provoquer le resserrement des vaisseaux par l'intermédiaire des contractions, leur action directe étant très limitée comme nous avons cherché à le démontrer. « Dans les cas où l'hémorrhagie cesse « sous l'influence d'un détachement spontané, com-
« plet du placenta, dit Barnes (1), c'est que ce déta-
« chement était dû à la contraction utérine, qui là,
« comme dans l'hémorrhagie *post partum*, agit par
« la constriction des vaisseaux utéro-placentaires ». Et plus loin il ajoute : « le grand hémostatique c'est « la contraction utérine, il faut donc chercher à l'é-
« veiller ». Sans doute, mais grâce à l'intervention de la partie fœtale qui a en l'espèce un rôle très important que certains accoucheurs ont semblé méconnaître.

c. — Rôle simultané de la partie fœtale et de la contraction utérine. — Sous l'influence des contractions utérines, la partie fœtale appuie sur le segment inférieur. Ce fait n'avait pas échappé à l'observation de Jacquemier qui avait bien signalé la part respective qui revient à ces deux agents d'hémostase. « A la modification avantageuse que pro-
« duit presque toujours sur l'écoulement sanguin le
« retour de l'utérus sur lui-même, enseigne cet émi-
« nent accoucheur (2), s'ajoute l'obstacle apporté à
« l'extravasation par le fœtus engagé par le col ».

1. Barnes. *Loco. cit.* p. 397.

2. Jacquemier. *loco. cit.*, t. II, p. 230.

Elle joue de plus le rôle de corps irritant, d'excitateur, car nous savons en effet que c'est au niveau du col que siègent surtout les terminaisons nerveuses d'où partent les réflexes qui mettent en jeu la contractilité. Ces deux termes donc seront solidaires, ils croîtront d'une façon parallèle : c'est-à-dire que plus la partie fœtale appuiera sur le col, plus énergiques en retour seront les contractions ; en augmentant de force et de fréquence, le contact sera plus intime, l'action d'autant plus tamponnante et plus parfaite ; l'engagement de la partie fœtale est donc nécessaire, il faut qu'elle puisse s'insinuer comme un coin et plus l'orifice utérin sera dilaté, mieux se fera l'hémostase. Les observations cliniques viennent d'ailleurs à l'appui de ce fait et prouvent qu'il est de règle de voir l'hémorrhagie cesser d'une façon d'autant plus sûre que la rupture de la poche des eaux se fait plus tardivement.

Nous comprenons encore pourquoi l'hémorrhagie n'est pas influencée par la partie fœtale, tant que les membranes sont intactes et qu'il ne sera pas indifférent, après l'évacuation du liquide, que ce soit une partie fœtale volumineuse, surtout régulière et dure qui se présente pour assurer l'hémostase. Tel est donc déjà le principe général que nous pouvons énoncer et dont on ne devra à aucun prix se départir quand on veut pratiquer la rupture artificielle des membranes dans un but thérapeutique et avec connaissance de cause.

3^e INFLUENCE DE LA MORT DU FŒTUS SUR LA CIRCULATION UTÉRO-PLACENTAIRE. — Nous ne saurions quitter ce chapitre sans dire quelques mots d'une cause d'hémostase dont certains accoucheurs ont considérablement exagéré l'influence : nous voulons parler de la mort du fœtus dans la cavité utérine. Et c'est parce qu'il succombe souvent dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, que nous sommes encore sollicités à examiner les opinions qui ont été émises sur ce sujet et qui ont été admirablement exposées dans ces dernières années par le D^r Pandelle (1).

L'enfant mort, l'hémorrhagie s'arrête-t-elle, et la mère se trouve-t-elle de ce fait à l'abri de tout danger ? Moreau répond par l'affirmative et en fait même la règle absolue. Simpson croit aussi à l'heureuse influence de la mort du fœtus ; pour lui du reste, l'hémorrhagie est exclusivement placentaire. Moutet de Montpellier en 1880, a repris et développé les idées de Moreau et dans le *Moniteur des sciences médicales* il publie le cas d'une femme qui a bien précisé l'instant où elle n'a plus perçu les mouvements actifs du fœtus, à partir de ce moment, l'écoulement a notablement diminué. Il y a pour lui relation intime entre la mort du fœtus et la cessation de l'hémorrhagie qu'il explique par action attractive du fœtus ; dès qu'il a succombé, il n'y a plus cette sorte d'aspiration d'appel d'une plus grande masse de sang vers l'utérus, la perte s'arrête

1. *De l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia quand le fœtus est mort et macéré.* Thèse de doctorat, Paris, 1880.

d'elle-même et dès lors on n'a plus besoin d'intervenir d'une façon aussi hâtive.

Nous ne nous attarderons pas sur ces théories passibles toutes du même reproche à savoir qu'elles reposent sur une conception erronée du mécanisme de la circulation utéro-placentaire.

Du reste la clinique peut ici encore revendiquer ses droits et répondre qu'il y a des cas où l'hémorrhagie cesse alors que le fœtus continue à vivre, et des cas où elle continue malgré la mort de l'enfant. La plupart des accoucheurs ont rapporté des faits non douteux qui sont venus contredire la théorie de Moreau et la battre en brèche. Depaul (1), Müller (2), Thompson (3) pour n'en citer que quelques uns, rapportent des cas d'hémorrhagie très graves, quoique l'enfant ait depuis longtemps déjà succombé dans la cavité utérine, même avec des fœtus putréfiés et momifiés; et Delore (4) relate un fait des plus intéressants dans lequel le placenta avait continué à vivre, le fœtus ayant déjà succombé depuis longtemps; le placenta abortif qui était encore demeuré 109 jours dans la cavité-utérine a été expulsé frais. Ce cas témoigne bien que la circulation continue donc à se faire.

Il est un fait cependant que l'on ne peut nier, c'est la possibilité de phénomènes régressifs dans la cir-

1. Clinique obstétricale, Paris, 1872-1876, p. 665.

2. Clinique obstétricale, p. 185.

3. *Brit. med. London*, 1882, p. 12 et 96.

4. *Annales de gynécologie*, 1882, vol. XVIII.

culatation utéro-placentaire. La mort du fœtus s'accompagne de phénomènes analogues à ceux du post-partum ; disparition des varices, constatée par M. Budin, diminution du liquide amniotique, de consistance de l'utérus, etc., phénomènes d'autant plus marqués que la mort du fœtus est plus ancienne.

Aujourd'hui du reste que l'on connaît bien l'indépendance des deux circulations, tous les auteurs sont à peu près d'accord pour reconnaître que l'hémorrhagie peut continuer et que ce serait un leurre que de compter sur la mort du fœtus pour ne pas diriger un traitement approprié.





CHAPITRE IV

INDICATIONS

Cherchons maintenant à appliquer à la clinique les données que nous possédons et examinons dans quelles conditions la rupture artificielle des membranes sera nettement indiquée, dans quels cas au contraire elle sera insuffisante, dangereuse même et nous devons lui préférer une toute autre méthode.

Pour cela une foule de facteurs entrent en ligne de compte et doivent être pris en sérieuse considération : la présentation et la position du fœtus ainsi que son état de vie ou de mort, l'état de la filière pelvienne, le mode d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, l'état du col, le degré de travail ; enfin le terrain sur lequel on va opérer, c'est-à-dire l'état général de la femme, le caractère et l'abondance des hémorrhagies, sont autant de circonstances qui doivent peser dans les décisions de l'accoucheur et le guider dans le choix judicieux des moyens auxquels il va s'adresser.

Quoique en clinique cette scission n'existe pas et que dans la grande majorité des cas ces particularités se combinent, se trouvent plus ou moins groupées sur le même sujet, nous nous trouvons ici pour la facilité de leur étude dans la nécessité de les disloquer pour les mieux examiner séparément. Du reste, avant de se déterminer sur le choix de tel ou tel procédé opératoire, le praticien ne les passe-t-il pas une à une en revue? cette division répond donc parfaitement à une opération de l'esprit, étude minutieuse des faits, qui sert de base à un jugement solide et partant à une intervention sûre.

1° Indications tirées de la présentation.

A. — PRÉSENTATION DU SOMMET. — Dans le chapitre précédent déjà, nous avons fait entrevoir en étudiant le rôle de la partie fœtale dans la production de l'hémostase, toute la nécessité d'une bonne présentation et montré les raisons pour lesquelles le sommet était de toutes, la plus favorable, puisque la rupture même large de l'œuf sans l'engagement de la partie fœtale est à elle seule insuffisante pour tarir l'écoulement sanguin. La contractilité utérine pourrait sans doute l'atténuer ainsi que la suppression des tiraillements exercés sur le placenta, mais pour que l'hémostase soit sûre et parfaite, il faut qu'il y ait, condition capitale, compression; que la partie fœtale joue comme on l'a dit le rôle d'un véritable tampon interne.

Or, de toutes les présentations, celle du sommet est celle qui s'engage le plus tôt, le plus facilement en même temps qu'elle s'adapte le plus parfaitement à la forme de l'excavation. C'est elle encore qui grâce à sa forme sphérique et régulière remplit le mieux le segment inférieur, c'est-à-dire que le contact est en tout point parfait entre le contenu et les parois du contenant. Outre qu'elle est régulière, l'extrémité céphalique est encore dure, résistante, circonstance heureuse pour l'action tamponnante qu'elle doit exercer, puisque ce sera un tampon incompressible, action qui deviendra d'autant plus efficace que l'engagement sera plus profond.

Sous l'influence des contractions utérines, en effet, la tête en descendant dans l'excavation appuyera d'une façon plus énergique sur le placenta et sur la surface utérine d'insertion de cet organe. Et tandis qu'au début du travail, lorsque la dilatation est nulle ou peu avancée, cette compression modérée d'abord, agira dans le sens vertical seulement, au fur et à mesure que la dilatation se complètera, marchant de pair avec l'engagement, la surface d'action sera plus large, le placenta et sa zone d'insertion seront alors comprimés latéralement de dedans en dehors, entre deux plans résistants, c'est-à-dire l'extrémité céphalique d'une part et les parois de l'excavation de l'autre. Une dilatation suffisante de l'orifice utérin est donc nécessaire pour obtenir de la rupture de l'œuf une hémostase parfaite.

Le D^r Kristeller a cherché à rendre encore plus efficace cette action tamponnante de la tête en abaissant à travers la paroi abdominale la partie fœtale, c'est une véritable expression fœtale, analogue à la méthode de Crede pour la délivrance artificielle ; nous ne ferons que signaler ce procédé qui n'a été appliqué du reste que dans un nombre assez restreint de cas.

Nous comprenons combien le rôle de la partie fœtale serait imparfait si nous avions affaire, à un fœtus mort et macéré à cause de l'extrême diffluence des os du crâne ; du reste la mort du fœtus est une contre indication formelle à la rupture des membranes, sur laquelle nous aurons encore à attirer particulièrement l'attention.

Avant de quitter ce paragraphe, nous devons faire ici une restriction quand l'insertion du placenta est totale ; nous verrons malgré la présentation favorable, en étudiant les indications tirées de la topographie placentaire, la ligne de conduite qu'il convient de tenir en pareille circonstance.

B. — PRÉSENTATIONS DU SIÈGE. — De toutes les présentations, celle du sommet est celle qui s'engage le plus tôt, tandis que celles du siège sont primitivement élevées. Cependant dans l'une et l'autre, le mécanisme de l'accouchement présente la plus grande analogie ; mais tandis que l'extrémité céphalique dure et par conséquent peu compressible est obligé de se fléchir pour descendre dans l'excavation pelvienne,

le siège au contraire de par sa consistance moindre subit un amoindrissement véritable et ne s'engage cependant que fort tard, au moment où la dilatation est complète.

De par cette différence, nous voyons déjà que nous nous trouvons ici en présence de circonstances moins favorables pour la rupture artificielle des membranes, puisque une condition première, sur laquelle nous avons déjà insisté, l'engagement de la partie fœtale, se fait tardivement. Cette notion première connue examinons les faits plus en détail.

Il importe de considérer ici deux cas.

1° *Siège complet ou décomplété, mode des fesses.* — Il constitue dans les deux cas une partie fœtale volumineuse, mais irrégulière, ne s'adaptant pas au pourtour de l'excavation; molle et compressible, elle constitue en outre un agent inefficace de tamponnement dont l'action sera encore neutralisée de par l'élévation de la présentation qui n'appuyera pas ou médiocrement sur la surface d'insertion du placenta et l'on voit l'hémorrhagie continuer comme en témoignent entre autre les deux faits que nous empruntons au D^r Auvard et que nous rapportons ici, quoique la rupture des membranes ait été spontanée.

OBSERVATION II

(Auvard. Thèse d'agrégation. Obs. 44).

La nommée G..., entre à la Maternité le 23 juin 1863, enceinte de huit mois; placenta prævia marginal; présentation du siège;

rupture spontanée des membranes avant le début du travail ; on décolle le placenta et on l'extrait ; on abaisse les pieds du fœtus et on laisse l'accouchement se terminer spontanément. Enfant vivant ; mère guérie.

OBSERVATION III

(Auvard. Thèse d'agrégation. Obs. 55).

La nommée D..., enceinte pour la cinquième fois, entre à la Maternité le 21 mai 1807. Grossesse de 8 mois ; hémorrhagie et rupture spontanée des membranes ; orifice épais et ferme ; les contractions sont faibles ; l'hémorrhagie devient abondante ; on extrait le placenta qui était partiellement inséré ; on prend un pied et on l'amène à la vulve ; 2 grammes d'ergot de seigle ; hémostase. Enfant mort, mère guérie.

Ce serait donc s'exposer à un échec certain que de pratiquer la rupture des membranes dans ces conditions, à moins de chercher à se conduire comme nous allons maintenant l'indiquer.

2° *Siège décomplété, mode des genoux et mode des pieds.* — Nous nous trouvons ici en présence de conditions bien plus favorables ; de nombreux faits cliniques ont démontré, en effet, que malgré leur ténuité relative, les membres inférieurs constituent un excellent agent d'hémostase, à la condition qu'ils soient procidents, qu'ils descendent dans l'excavation à travers un orifice dont la dilatation permette leur passage.

Ces faits ont servi de base à une méthode que

nous ne ferons qu'effleurer ici, et sur laquelle nous reviendrons à propos des présentations de l'épaule ; nous voulons parler du procédé de Braxton-Hicks (1), qui consiste précisément à abaisser un ou les deux membres pelviens, selon le degré de dilatation de l'orifice utérin. Dans ce mode de présentation, en effet, le tronc du fœtus a la forme d'un cône dont le sommet peut s'insinuer à travers l'orifice utérin sans nécessiter une bien large dilatation. Grâce à cette disposition cunéiforme, le placenta est refoulé latéralement, il n'est plus à proprement parler *prœvia* ; de plus la compression est constante pendant toute la période de dilatation et d'expulsion puisque ce sont des parties dont le volume est progressivement croissant qui se présentent.

La rupture artificielle des membranes ne sera donc pratiquée dans les présentations du siège que lorsque l'on se trouvera dans la possibilité d'abaisser l'un ou les deux membres pelviens, c'est-à-dire dans les cas de présentation du siège complet, ou décompleté, mode des pieds ou des genoux ; dans toute autre circonstance, nous pratiquerons le tamponnement.

Nous pourrions encore chercher à transformer la présentation en pratiquant la version céphalique par manœuvres externes et nous conduire ensuite en présence du sommet comme nous l'avons indiqué. Cette méthode préconisée pour la première fois par

1. Braxton-Hicks. *London obstétrical. Transactions*, 1864, p. 223.

Wigand en 1849, a été reprise en France par M. le professeur Pinard qui l'a introduite dans la pratique après en avoir nettement posé les indications et donné le manuel opératoire dans son remarquable *Traité du palper abdominal* (1) ; à cause du peu de fixité de la partie fœtale qui se présente et de son élévation habituelle, il insiste sur la nécessité de la fixer à l'aide d'une ceinture eutocique semblable à celle qu'il a imaginée. On pourrait encore se servir de deux tampons latéraux, ou mieux deux longs rouleaux maintenus en place à l'aide d'un bandage de corps.

C. — PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que lorsque c'est l'épaule qui se présente, les hémorrhagies sont des plus graves.

Ici en effet nous ne trouvons aucune des conditions d'hémostase fournies par les caractères et la forme de la présentation sur laquelle nous avons longuement insisté à propos de la présentation du sommet ; aussi serons-nous assez brefs afin d'éviter des redites et ne ferons-nous que rappeler que l'irrégularité de la forme de l'épaule est une circonstance défavorable au rôle tamponnant que doit jouer la partie fœtale, puisqu'elle demeure élevée et qu'elle ne peut s'adapter exactement sur le segment inférieur. Aussi les hémorrhagies, déjà graves quand c'est cette

1. Pinard. *Traité du palper abdominal*, Paris, 1878, p. 202.

partie foétale qui se présente même quand l'œuf est encore intact, prennent-elles un caractère foudroyant dès que les membranes se rompent, puisque l'engagement n'est pas possible ; témoin l'observation suivante.

OBSERVATION IV

(Due à l'extrême obligeance de Mlle Hanicot, sage-femme en chef).

Placenta prævia grossesse de 8 mois $1/2$; hémorrhagie de la grossesse et du travail ; rupture spontanée des membranes, à ce moment la perte est plus considérable ; présentation de l'épaule droite en A.I.D., version difficile ; hémorrhagie après la délivrance, mort de l'enfant et de la mère.

M^{me} L..., âgée de 46 ans, enceinte pour la 12^e fois, est entrée à la Clinique de la rue d'Assas, le lundi 28 mars 1892 à 9 h. 45 du matin.

Les grossesses antérieures ont été très bonnes et se sont toutes terminées à terme normalement.

Elle n'est pas tout-à-fait à terme puisque elle a eu ses dernières règles à la fin du mois de juin dernier.

Cette grossesse aurait été très bonne, mais elle aurait eu chez elle deux hémorrhagies dont il est difficile de connaître l'importance.

Elle a éprouvé les premières douleurs du travail hier dimanche et d'après les renseignements recueillis l'hémorrhagie aurait repris dès la veille.

Ce matin la sage-femme qui lui donnait ses soins l'ayant trouvée dans un profond état d'anémie et une présentation transversale du fœtus, fait demander un médecin *qui tente vainement de pratiquer la version* et nous envoie la malade.

La poche des eaux se *serait rompue spontanément* vers 6 heures du matin et c'est à partir de ce moment, au dire de la malade, que l'hémorrhagie assez légère se serait accrue. La voiture dans

laquelle cette malheureuse nous fut amenée était inondée de sang.

L'état général était des plus mauvais. Le sang s'écoulait en telle quantité par les parties génitales que nous avons immédiatement songé, avec cette présentation de l'épaule, à une rupture utérine ou à une insertion vicieuse du placenta. L'examen de l'abdomen permit d'éliminer immédiatement la première hypothèse.

La main droite était procidente à la vulve. Au toucher on arrivait sur une anse du cordon flasque et sans battements ; le placenta presque entièrement décollé pendait au devant de la partie fœtale. La dilatation était à peu près complète. Le doigt reconnaît facilement tous les caractères d'une présentation de *l'épaule droite en A.I.D.* dos en arrière par conséquent. L'utérus vide d'eau n'était *pourtant pas très contracté* ; l'auscultation fœtale était négative.

M^{lle} Hanicot, étant donné l'état général de la malade, donne très prudemment quelques gouttes de chloroforme. Elle pose un lac sur le poignet et abaisse le pied gauche à la vulve ; malgré des tractions assez énergiques l'évolution ne peut se faire, le fœtus étant fortement plié en deux. Il fallut mettre un lac sur le pied, glisser la main dans l'utérus, pour repousser la tête et en tirant maintenant sur le membre inférieur, la version s'accomplit sans difficulté.

Dégagement lent du tronc et de la tête. Le placenta entièrement décollé fut expulsé derrière le fœtus.

L'examen du col, du segment inférieur et du corps de l'utérus ne décèle aucune rupture.

Injection intra-utérine très chaude. Mais l'état général de la femme, maintenant complètement éveillée car on ne lui avait donné que quelques inspirations de chloroforme, allait en empirant. *L'utérus était bien retraits, mais il s'écoulait encore du sang* en assez grande abondance.

Injectons d'éther, cognac, enveloppement dans des linges chauds, ligature élastique des quatre membres, tamponnement du segment inférieur à la gaze iodoformée, etc., malgré tous ces efforts on ne peut ranimer la malade qui succombe à 11 heures du matin, après avoir été accouchée et délivrée un quart d'heure après son admission à la salle de travail.

Dans la majorité des cas c'est ainsi que les choses se passent, quand une présentation de l'épaule vient compliquer l'insertion vicieuse du placenta. Recrudescence de l'hémorrhagie au moment de la rupture de la poche des eaux ou son apparition, si la femme ne perdait pas à ce moment.

Il est cependant des faits en obstétrique où l'on a vu l'hémorrhagie tarir après la rupture des membranes, mais il faut pour cela que le fœtus soit petit pour que le bras et le moignon de l'épaule puissent s'engager comme un cône ; il se passe alors ce que nous avons décrit pour les membres pelviens et le siège, et, circonstance rare, il faut qu'il évolue spontanément. Dans sa thèse d'Agrégation, si documentée, le docteur Auvard rapporte un cas de ce genre observé à la Maternité.

OBSERVATION V

(Auvard. Thèse d'Agrégation, Obs 56).

C..., 9^e pare, entre à la Maternité, le 3 décembre 1867. Grossesse de 7 mois ; placenta prævia marginal ; présentation de l'épaule gauche en A.I.D. ; orifice dilaté de deux centimètres ; injection d'eau froide, l'hémorrhagie diminue ; elle recommence

on applique le tampon ; les contractions se déclarent ; on retire le tampon parce qu'il était imbibé ; on laisse faire l'évolution spontanée ; enfant mort petit ; mère guérie.

Il en est de même du cas suivant dû à Kucher et rapporté par le docteur Bitot : c'est un très bon exemple de ces faits rares, plus démonstratif encore que le précédent au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie.

OBSERVATION VI

(De Kucher, in thèse Bitot).

Multipare, 8 enfants. Deux heures et demie après la rupture de la poche des eaux l'hémorrhagie continue ; orifice large comme deux doigts ; fœtus en présentation du tronc ; main gauche procidente dans le col ; à droite lambeau placentaire détaché ; la version de Braxton-Hicks ne réussissant pas je *tirai sur la main procidente* et trois quarts d'heures après le *fœtus sortit par évolution spontanée sans autre perte de sang* ; la femme revint à elle et guérit.

Sans compter certainement sur des faits aussi rares que ceux que nous venons de rapporter, il est bon cependant de les signaler car ils comportent un grand enseignement pratique, puisque ces cas d'exception justifient la règle générale et plaident en faveur de la nécessité de l'engagement de la partie fœtale, de son rôle tamponnant qui lui a cependant été refusé par Schröder, tellement il était convaincu des conséquences pratiques de sa théorie sur la pathogénie de l'hémorrhagie.

Dans les présentations de l'épaule, la rupture artificielle des membranes sera donc formellement proscrite, non seulement comme insuffisante, mais dangereuse ; la pratiquer dans ces cas, serait s'exposer à une série de mécomptes : voir l'hémorrhagie persister plus abondante et de plus s'enlever peut-être la possibilité d'une intervention. Quand le fœtus est transversalement dirigé dans la cavité utérine il nous semble que le parti le plus sage, soit d'abord de s'efforcer à modifier la présentation, de chercher à l'aide de la version par manœuvres externes à ramener le sommet au détroit supérieur et cela fait, rompre les membranes quand la dilatation sera suffisante : avec la réserve qu'il nous demeure le tamponnement dans le cas où l'on ne réussirait pas.

La méthode bipolaire de Braxton-Hicks semble encore s'imposer ici comme le procédé de choix dont l'utilité a été bien mise en lumière par le Dr Lasquine (1) qui rapporte une série de 46 observations des plus intéressantes empruntées à divers auteurs. Nous pouvons du reste citer, comme élément le jugement de la version par manœuvres combinées, la statistique berlinoise de Lormer qui est la plus complète. Dans une excellente monographie qu'il a publiée sur ce sujet en 1884, l'auteur allemand, à 101 cas qui lui sont personnels, en ajoute 37 dus à Hofmeier (1882) et 40 à Behm (1883), soit un total de 178

1. *Essai sur la version bipolaire*. Thèse de doctorat, Paris, 1890.

cas pour lesquels la mortalité des mères a été de 4 pour 100 et de 60 pour 100 pour les enfants. Pour ces derniers sans doute, la mortalité est encore très élevée, mais il faut tenir compte qu'en l'espèce, le pourcentage est déjà assombri par le fait de la présentation, puisque pour celle du siège, dans l'accouchement normal, la mortalité fœtale est bien supérieure à celle du sommet.

Quoiqu'il en soit, la version mixte de Braxton-Hicks nous semble présenter ici les avantages suivants : 1° en allant à la recherche du pied que l'on va abaisser, on pratique la rupture des membranes, il s'écoule toujours une certaine quantité de liquide amniotique ; au moment de l'intervention, l'accoucheur peut à son gré en graduer l'écoulement afin d'éviter une évacuation trop brusque ; 2° le membre abaissé forme un excellent tampon ; comme nous l'avons démontré, l'utérus en se contractant abaisse des parties dont le volume est progressivement croissant, circonstance heureuse pour assurer l'hémostase pendant toute la période de dilatation et d'expulsion ; on a une action analogue à celle des ballons de Barnes et de Champetier et l'utérus devient ainsi praticien de la bonne nature ; 3° enfin, en même temps que cette méthode s'adresse immédiatement à l'hémorrhagie, elle devient un procédé d'extraction lente, par conséquent rationnelle, qui met la parturiente à l'abri du terrible accident du collapsus dont nous aurons à parler plus loin et des lésions du col si fréquentes en pareil cas. Nous n'avons pour notre

compte aucune expérience clinique de ce procédé qui nous semble très attrayant, puisqu'il réunit les avantages de la rupture des membranes, de dilatation rapide et du tamponnement.

Pour nous résumer nous nous garderons avant tout de rompre les membranes quand le fœtus se présentera par l'un de ses plans latéraux ; notre premier soin sera de chercher à transformer cette présentation en une présentation du sommet ; ou bien ramener le siège au détroit supérieur et nous comporter comme nous l'avons déjà indiqué. Dans le cas où l'on ne réussirait pas, les sacs de Barnes, les ballons de Champetier ou le tamponnement suivis de l'extraction lente par la version au moment où la dilatation permettra d'intervenir, seront les précieuses et ultimes ressources auxquelles nous aurons recours en pareils cas.

2° Indications tirées de l'état de la filière pelvienne.

Les rétrécissements du bassin nous fournissent encore une preuve en faveur de la nécessité de l'engagement de la partie fœtale et viennent corroborer ce que nous avons énoncé à propos des indications tirées de la présentation ; aussi nous ne saurions, à cause de leur fréquence, quitter ce paragraphe sans parler de ce qui se passe dans les rétrécissements du bassin compliquant l'insertion vicieuse du placenta.

Deux cas sont ici à considérer : ou bien le rétrécissement est léger et ne gênera en aucune façon

l'engagement et l'accouchement pourra se faire : ou bien il est impossible.

A. — L'ACCOUCHEMENT PEUT SE FAIRE SPONTANÉMENT. — Ici rien de spécial, ces cas rentrent dans ce que nous avons déjà étudié, avec cette réserve toutefois que nous serons beaucoup plus minutieux pour apprécier le degré du rétrécissement et qu'il nous faudra tenir compte de la masse placentaire qui par sa présence tend encore à amoindrir les dimensions du détroit supérieur que doit franchir la tête pour descendre dans l'excavation.

Il ne faut pas oublier non plus que dans les bassins modérément rétrécis on a parfois de grandes surprises, alors que l'on comptait précisément sur une expulsion spontanée. C'est donc avec énormément de réserves que nous admettrons la rupture artificielle des membranes dans les cas de rétrécissements légers, quoique dans la plupart des cas les choses se passent d'une façon normale, comme en témoigne le fait suivant que nous avons eu occasion de suivre à la Clinique, dans le service de M. le professeur Tarnier.

OBSERVATION VII (personnelle).

Placenta prævia latéral. Hémorrhâgie de la grossesse et du travail. Bassin rétréci, diamètre promonto-sous-pubien 10 cent. 2. Tamponnement. Rupture artificielle des membranes quand l'orifice a la largeur d'une pièce de 5 francs. Accouchement naturel à terme. Enfant vivant, mère guérie.

Justine C., âgée de 34 ans, laveuse, entre à la Clinique de la

rue d'Assas, le 25 février 1892, à 9 heures du soir. Age de la marche inconnu : Elle a été réglée pour la première fois à 16 ans, toujours très régulièrement ; ses règles peu abondantes lui duraient de trois à quatre jours.

Elle a eu une première grossesse qui s'est terminée le 28 avril 1889, par un accouchement naturel à terme. Rien à noter dans les antécédents, elle a toujours été d'une bonne santé habituelle.

Ses dernières règles ont eu lieu du 24 au 29 mai 1891, elle est donc actuellement à terme. Elle n'a eu pendant le cours de cette grossesse que quelques troubles gastriques au début, nausées et vomissements, un léger œdème des membres inférieurs et une leucorrhée assez abondante.

Le 25 février 1892. — Elle est prise à 6 heures du matin, sans cause, sans douleurs, d'une hémorrhagie abondante qui dure toute la journée et qui a nécessité son transport à l'hôpital.

Voici ce que nous avons constaté au moment de son admission à 9 heures du soir : l'abdomen est normalement développé, l'utérus remonte à deux doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde ; le fœtus se présente par le sommet en position O.I.D. transversale, la tête est très mobile au-dessus du détroit supérieur et c'est avec difficulté qu'elle a de la tendance à plonger dans l'excavation quand on presse à travers la paroi abdominale sur cette partie foetale.

Le double battement foetal est régulier, mais voilé. Le cœur maternel est normal, les seins sont bien développés et laissent sortir du colostrum à la pression. La malade paraît bien conformationnée : cependant quand on examine le squelette de près on remarque que les tibias sont légèrement concaves, les fémurs convexes en dehors et en avant, surtout le droit, mais ces déformations sont peu prononcées ; le sternum légèrement convexe et rugueux au niveau des points de suture de ses diverses pièces. Les bosses frontales et les dents ne présentent rien de particulier.

La malade ne peut fournir aucun renseignement sur l'âge de sa marche.

Au toucher, le vagin est plein de caillots, l'excavation est vide : c'est avec peine en portant le doigt très haut, en arrière de la symphyse du pubis, que l'on atteint la partie fœtale à travers le cul-de-sac antérieur, qui a son épaisseur normale ; le col est complètement ramolli, il n'est pas très long, la lèvre antérieure est mince, la postérieure plus épaisse ainsi que le cul-de-sac postérieur. Il n'y a pas de dilatation, mais il est largement perméable à ses deux orifices et le doigt arrive sur des membranes qui paraissent épaissies et rugueuses ; nulle part on n'atteint des cotylédons placentaires.

Le bassin est rétréci dans le sens antéro-postérieur seulement, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. 2. Les urines sont normales.

Le 26 février. — A 8 heures du matin, la femme éprouve de légères douleurs et comme elle perdait du sang, on la mène à la salle de travail où l'on pratique le *tamponnement* ; le col était à peu près effacé à ce moment. Le lendemain matin à 10 heures, l'orifice est *dilaté comme une pièce de cinq francs*. *M. le professeur Tarnier rompt à ce moment les membranes.*

Les douleurs se succèdent énergiques pendant toute la journée, à 8 h. 15 du soir la dilatation était complète.

La partie fœtale a été assez lente à descendre dans l'excavation, et comme elle demeure en position postérieure, on la réduit artificiellement. A 9 h. 30 du soir, la femme *accouchait spontanément* d'un enfant du sexe masculin qui pesait 3350 gr., le diamètre bipariétal mesure 9 c. 4.

Circulaire serré coupé entre deux pinces.

Le liquide amniotique qui s'est écoulé après la sortie du fœtus était fortement teinté de méconium.

L'enfant en état de mort apparente a été ranimé sans difficulté.

La délivrance s'est faite naturellement à 10 h. 10 du soir. Le travail avait duré 13 h. 1/2 pendant lequel la femme a perdu 460 gr. de sang.

Le placenta pèse 454 grammes : les membranes sont complètes ; elles ont été ouvertes sur le bord du placenta et sur une étendue correspondante à un aplatissement des cotylédons.

Suites de couches normales, apyrétiques : 10 jours après la mère et l'enfant quittaient la Clinique.

Ici les choses se sont très bien passées, mais malgré un rétrécissement des plus légers, il ne faut pas toujours compter sur une issue aussi favorable on s'exposerait à de grands mécomptes comme le prouve l'observation suivante.

OBSERVATION VIII

(Auvard. Thèse d'agrégation. Obs. 142).

La nommée H..., entre à la Maternité le 11 octobre 1885, elle est enceinte pour la 11^e fois ; grossesse à terme ; hémorrhagie pendant la grossesse, traitée en ville par cinq doses d'ergot de seigle et la *rupture artificielle des membranes* ; arrivée à l'hôpital sur ces entrefaites ; placenta prævia partiel ; présentation du sommet en O.I.D.P. ; *léger rétrécissement du bassin (angle accessible)* ; à son arrivée à la Maternité, dilatation comme une pièce de 5 francs ; écoulement fétide ; injections d'eau chaude ; à la dilatation complète la malade pâlit sans trace d'écoulement sanguin au dehors ; on suppose une hémorrhagie interne ; *trois applications infructueuses de forceps ; version pénible*. Extraction

d'un fœtus mort de 3900 gr. suivie de l'expulsion de plusieurs caillots ; délivrance ; placenta présentant des traces de putréfaction ; mort de la femme quelques instants après.

B. — L'ACCOUCHEMENT EST IMPOSSIBLE. — Ici pas d'engagement possible et par conséquent pas d'action tamponnante de la part de la partie fœtale : c'est la contre-partie de ce que nous avons étudié à propos de la présentation du sommet. Pratiquer la rupture des membranes dans ces conditions, serait courir en ligne droite au devant des plus grands déboires : rappel de l'hémorrhagie ou sa persistance et même son augmentation, si la femme perdait encore au moment de l'intervention ; sans compter avec les procidences possibles du cordon ombilical, transformation vicieuse de la présentation, extraction des plus pénibles comme le démontre le fait que nous venons de rapporter. Pajot (1) dans les *Annales de gynécologie*, a publié sur ce sujet une observation des plus intéressante ; il s'agissait d'une femme à bassin rétréci avec une présentation transversale du fœtus ; après des tentatives inconsidérées et infructueuses, faites en ville pour l'extraction du fœtus, on eut à déplorer une rupture du vagin et de l'utérus. C'est dans cet état déplorable que la femme, qui eût du reste le bonheur de guérir, fut amenée à l'hôpital des Cliniques, où la version fut encore pratiquée à grand peine. Le cas suivant dû à M. Budin est encore un bon exemple.

1. *Annales de gynécologie*, 1884, XXI. page 195 à 217.

OBSERVATION IX (résumée).

(Bitot, thèse de doctorat, page 98).

C..., 24 ans, brunisseuse, entre à l'hôpital des Cliniques le 23 juin 1880, enceinte pour la troisième fois, premier accouchement avant terme ; deuxième accouchement, embryotomie ; à l'entrée, fœtus mobile, non accommodé ; *bassin rétréci ; diamètre promoto-sous-pubien 8 centimètres.*

Le 29 juin. — Accouchement provoqué avec un cône d'éponge préparée ; version céphalique par manœuvres externes : bandage de corps.

Le lendemain, l'orifice utérin mesure un diamètre de 6 centimètres environ : on fait à ce moment la *rupture artificielle des membranes : procidence du cordon* ; réduction à l'aide de l'instrument de Schoeller : *application de forceps infructueuse, perforation du crâne* dans les cuillers du forceps ; nouvelles tractions infructueuses ; *application du céphalotribe* ; délivrance naturelle un quart d'heure après ; les membranes étaient rompues au niveau du bord du placenta : guérison de la mère.

Avec un rétrécissement du bassin, la rupture des membranes devient une arme insuffisante et dangereuse, dont nous nous garderons de nous servir. C'est donc en prévision de pareils accidents qu'il faudra toujours examiner la filière pelvienne avec le plus grand soin chez les femmes atteintes d'insertion vicieuse du placenta : ne pas perdre de vue que le bassin peut n'être que simplement aplati dans le sens antéro-postérieur conservant toute son amplitude sur les parties latérales, ce qui est une circons-

tance bien plus favorable que lorsque l'on a affaire, avec un même degré de rétrécissement, à un bassin généralement rétréci. Son asymétrie, son degré d'antéversion, le volume du fœtus, etc., sont encore autant de circonstances qui peuvent modifier le choix de l'intervention, qui doit être des plus judicieux, si l'on ne veut à la gravité de l'hémorrhagie ajouter celle d'une extraction souvent des plus laborieuse et partant dangereuse pour la mère.

Quelle sera donc la ligne de conduite que nous suivrons en pareils cas ? Sans vouloir entrer ici, pas plus qu'ailleurs du reste, dans une étude critique du traitement du placenta prævia, ce qui serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous donnerons la priorité au tamponnement antiseptique du vagin, tel que le pratique notre maître M. le professeur Tarnier.

Si le travail n'était pas encore déclaré, on pourrait provoquer l'accouchement à l'aide de la sonde de Krause, ou mieux encore du ballon dilatateur de M. le professeur Tarnier qui a l'avantage d'être monté sur un conducteur rigide qui permet de le diriger et de le placer du côté opposé où l'on présume insérée la masse placentaire ; du reste, grâce à son petit volume, il ne risque pas de provoquer de grands décollements. Si le col permettait leur introduction, la série des ballons de Champetier de Ribes ou des sacs de Barnes trouveraient ici leur indication bien nette.

Mais nous le répétons, nous considérons le tamponnement comme le procédé de choix, il est d'a-

bord excitateur du travail, sa présence détermine, circonstance heureuse ici, des contractions utérines ; il est en même temps hémostatique, ocytocique ; bien fait il donne une sécurité absolue, on gagne ainsi un temps souvent précieux pour remonter les forces de la malade en vue d'une intervention possible, et souvent difficile, au moment où la dilatation sera suffisante.

3° Indications tirées de la topographie placentaire.

Pour la netteté de la terminologie, il nous semble indispensable de donner ici quelques considérations sur les divers points que peut occuper le placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Les classiques admettent quatre variétés d'insertion placentaire, qui sont les suivantes par ordre croissant de fréquence et décroissant de gravité : insertion centrale ou totale, partielle, marginale et latérale. Cette division est généralement adoptée en France, mais il faut s'entendre sur la valeur de ces termes surtout celui de la première variété qui n'a une valeur réelle que lorsque l'orifice est complètement dilaté ou est arrivé à une dilatation suffisante, tout au moins, pour permettre le passage du fœtus. A un premier examen, par exemple, pratiqué au début du travail, le doigt explorateur peut ne tomber que sur des cotylédons, tandis qu'à un examen ultérieur, au moment où la dilatation sera plus grande, il tombera à la fois sur

la masse placentaire, dont il reconnaîtra le bord et sur les membranes. De plus comme l'a encore très bien mis en lumière notre chef de Clinique M. le Dr Démelin, un placenta qui semblait devoir être marginal devient partiel par suite du décollement, de même qu'une variété centrale peut devenir partielle si le gâteau placentaire se détache par un de ses bords seulement. On ne peut donc être autorisé à faire le diagnostic de la variété d'insertion placentaire que lorsque la dilatation est complète.

Les allemands les rangent sous deux chefs seulement; dans une première variété le placenta est inséré sur le segment inférieur plus ou moins près de l'orifice utérin mais sans le recouvrir et une deuxième dans laquelle cet organe recouvre cet orifice en partie ou en totalité; cette division nous semble mieux cadrer avec la gravité pronostique de cette anomalie de la grossesse.

Au point de vue de l'intervention des procédés opératoires qui ont pour but l'évacuation du liquide amniotique, ils ont varié suivant que l'aire de la dilatation, quelle que soit l'époque du travail, soit entièrement ou partiellement recouverte par des cotylédons placentaires, c'est-à-dire selon que les membranes sont directement accessibles ou non. Nous examinerons donc successivement les cas dans lesquels le placenta recouvre complètement l'orifice interne, ceux dans lesquels il ne le recouvre que partiellement et enfin les cas où il en est plus ou moins distant.

1° INSERTION CENTRALE DU PLACENTA. — C'est surtout dans ce cas où les procédés opératoires les plus divers ont été proposés: sans nous livrer à une étude critique du traitement du placenta prævia, étude des plus attrayante sans doute, nous nous trouvons dans l'obligation de parler de ceux qui ont pour but l'évacuation du liquide amniotique. Dans ces cas deux voies s'offrent au praticien, l'une directe, l'autre détournée: mais vaut-il mieux perforer le placenta ou bien le détacher pour rompre ensuite les membranes sur l'un de ses bords? L'une et l'autre de ces méthodes ont été préconisées par des accoucheurs célèbres, quoique, pour le dire de suite, elles ne soient pas exemptes de difficultés ni de dangers.

a. — Arrachement du placenta. — Une des méthodes les plus anciennes est celle qui consiste à arracher le placenta; pratiquée pour la première fois par Portal au xvii^e siècle, préconisée ensuite par Trinchinetti de Milan en 1806, Chapman en 1808, elle devient en 1845 de la part de Simpson, qui lui a laissé son nom, l'objet d'une communication importante à la Société obstétricale d'Edimbourg. C'est en se basant sur sa théorie de la pathogénie de l'hémorrhagie et guidé aussi par les nombreux faits cliniques dans lesquels il avait vu l'hémorrhagie cesser après l'expulsion du placenta, que le professeur anglais conseille de le décoller et de l'arracher ensuite brusquement.

Sur 141 cas observés par cet auteur, l'expulsion

du délivre avait pu se faire parfois 40 minutes avant la sortie du fœtus.

Il est vrai que tous les enfants avaient succombé ; pas tous cependant, puisque sur ce nombre 33 seulement sont venus vivants ; mais l'accouchement avait eu lieu alors immédiatement après l'expulsion du placenta, comme le fait très judicieusement remarquer notre maître, M. le professeur Tarnier, dans une de ses leçons magistrales de clinique (26 nov. 1892) ; et de plus tous ces faits concernent des multipares : or on sait combien chez elles est parfois très courte la période d'expulsion quand les contractions sont énergiques et soutenues, ce qui est une raison encore pour que l'hémorrhagie soit moins abondante.

Les résultats statistiques, du reste, nous montrent combien est déplorable cette méthode, puisqu'elle donne une mortalité énorme de 83 pour 100 pour les enfants et de 20 pour 100 pour les mères et ces résultats ne sont pas plus favorables au point de vue de la valeur hémostatique. Aussi cette méthode est-elle à juste titre généralement abandonnée aujourd'hui et pour notre compte, sans parler des difficultés inhérentes au décollement du placenta, dont la règle en pareil cas est de s'étaler sur une large surface, nous garderons-nous d'y avoir recours, à moins toutefois qu'il n'y ait indication urgente à délivrer la femme et nécessité absolue d'enlever le placenta qui se présente avant l'enfant.

b. — Rupture des membranes après décollement

partiel du placenta. — C'est encore un procédé préconisé par certains accoucheurs comme moyen d'hémostase quand les membranes ne sont pas directement accessibles. Si l'on n'arrive pas avec le doigt sur les membranes et la petite lèvre du placenta, c'est que celle-ci est du côté opposé, et Cohen de Hambourg (1) conseille de changer de main et de faire la même manœuvre de l'autre côté. Quand on est arrivé sur le bord du placenta, on recourbe son doigt en crochet, on attend une contraction utérine et à ce moment on déchire largement les membranes et par un mouvement circulaire on détache le placenta sur une étendue d'un demi cercle ; on laisse s'écouler une certaine quantité de liquide amniotique avant de retirer la main, puis on abandonne le reste du travail à la nature.

Gendrin lui aussi (1839) voulait que l'on aille entre la paroi utérine et l'œuf en décollant le placenta jusqu'aux membranes et qu'on les rompe à ce moment. Après lui, Jacquemier (2) s'exprime ainsi : « Si tout en faisant pénétrer le doigt on s'aperçoit « que le décollement s'étend au loin dans un sens, il « faudrait suivre cette voie pour le compléter jusque « sur les membranes. Dans le cas contraire il semble « que l'on doive donner la préférence à la perfora- « tion du placenta. » Le placenta détaché de la sorte de son insertion utérine, sur une certaine étendue, est transformé en un placenta latéral qui doit s'ef-

1. *Monast. f. Geburtsk.* 1855. Bd. V, p. 241.

2. Jacquemier, *loco cit.* T. II, p. 278.

facier au moment de l'engagement de la partie fœtale. Tel est le but de cette méthode.

Fidèle à la théorie qu'il a émise sur le mécanisme de l'hémorrhagie, Barnes conseille aussi de décoller le placenta sur toute la zone dangereuse et d'ouvrir largement les membranes si le doigt peut les atteindre dans son mouvement de circumduction. « Quand le détachement est complet, dit-il (1), il n'y a pas de raison pour qu'il se produise de détachement plus étendu ou d'hémorrhagie » et plus loin il ajoute : « Le décollement manuel de la portion du placenta qui est fixée sur la zone cervicale dégage immédiatement l'orifice interne de ses adhérences qui gênent la dilatation régulière, favorise l'arrêt de l'hémorrhagie et fait rentrer le travail dans la règle. » Il avoue cependant que dans certaines circonstances, assez rares il est vrai, sa méthode est insuffisante, elle ne produit pas d'hémostase et n'active pas les contractions : c'est alors qu'il a recours à la série de ses sacs violons pour dilater rapidement le col, en même temps qu'ils compriment la surface d'insertion du placenta.

Malgré l'encourageante statistique de Murphy, qui porte sur 23 cas, dans lesquels toutes les mères ont guéri, nous ferons remarquer qu'un temps de la méthode de Barnes, le décollement, pour répondre au desiderata de l'auteur, ne nous paraît peut-être pas applicable avant l'effacement du col; car au mo-

1. Barnes, *loc. cit.*, p. 101.

ment où il a encore toute sa longueur, il est peu probable que le doigt atteigne les limites de la zone dangereuse, le segment inférieur étant alors accru de toute la longueur du col de l'utérus.

Du reste, ces procédés de décollement partiel et de rupture consécutive des membranes nous semblent tous passibles d'un bien grand reproche : sans parler du danger réel pour l'enfant dont l'existence est sans doute déjà bien compromise, ils nous paraissent dangereux et incertains. De plus, dans les cas d'insertion centrale, il est très souvent difficile de dire dans quel sens se trouve dirigée la petite portion du placenta : sans doute on a avancé qu'elle se trouvait plus souvent à gauche, mais c'est loin d'être absolu et l'on ne peut baser sa ligne de conduite sur des données aussi incertaines. On a encore donné comme guide la minceur du segment inférieur.

D'autre part, il est certain aussi, comme le prouve le fait suivant, que l'on peut éprouver de réelles difficultés pour arriver jusque sur les membranes, même quand la dilatation est complète.

OBSERVATION X (M. Budin).

Cette observation est extraite d'un mémoire en préparation, sur la variété dite centrale du placenta, que notre chef de clinique M. le Dr Démélin a eu l'extrême obligeance de vouloir bien mettre à notre disposition (Obs. VIII).

En 1878, j'ai été appelé par le Dr Dumontporcelet pour voir avec lui une dame B..., qui se trouvait dans un état très grave.

Elle était en travail et avait perdu une quantité considérable de sang. En l'examinant, M. Dumontporcelet avait trouvé au toucher, le placenta qui recouvrait l'orifice utérin, et en présence de l'écoulement considérable du sang, il avait en toute hâte fait un tamponnement vaginal aussi serré que possible.

Quand je vis M^{me} B..., les contractions utérines se succédaient toutes les cinq minutes, le tampon n'était pas imbibé de sang et la femme ne faisait encore aucun effort. Au palper, on constate que l'enfant se présente par le sommet. A l'auscultation, on n'entendait aucun bruit du cœur fœtal. Dans ces conditions il n'y avait qu'à attendre et nous prîmes rendez-vous pour cinq heures plus tard, vers la fin de la journée.

Il y avait alors persistance des douleurs et efforts d'expulsion. Le tampon fut enlevé, la dilatation était complète. Je cherchai à pénétrer dans la cavité utérine. *Pour cela je m'efforçai en allant aussi loin que possible, en avant, en arrière et sur les côtés de trouver les membranes, je n'y parvins pas, je perforai alors le placenta avec l'index.*

L'amnios étant déchiré, le liquide amniotique s'écoula ; mais quand je voulus faire pénétrer le médius à côté du premier doigt, je fus arrêté par un gros vaisseau qui s'était placé dans le sillon des deux doigts, empêchait la main d'entrer plus profondément. Je dus retirer le médius et le glisser immédiatement le long de l'index ; je pénétrai de la sorte dans la cavité de l'œuf, saisis les pieds, fis la version et l'extraction. Le placenta suivit immédiatement le fœtus. En l'examinant, on vit qu'on avait traversé le centre de l'organe.

Quoiqu'ici le décollement n'ait pas été tenté dans le but d'évacuer le liquide amniotique, mais pour extraire l'enfant, ce fait n'en est pas moins intéressant et prouve bien que l'on peut parfois ne pas

atteindre le bord du placenta, même avec une dilatation suffisante pour l'extraction.

Dans un autre fait analogue que nous rapportons plus loin (Obs. XIII), M. Budin ne put encore atteindre les membranes et fut dans l'obligation de perforer le placenta.

Il faut aussi compter avec les adhérences anormales de cet organe et les difficultés inhérentes à l'âge de la grossesse, l'état du col, son degré d'effacement, etc., quoiqu'il soit mou et extensible, comme l'ont déjà depuis longtemps fait remarquer Mauriceau et Levret, qui ont été obligés parfois de se livrer à une série de manipulations pour provoquer le travail et le dilater en vue de rompre ultérieurement les membranes. Cependant M. le professeur Pinard affirme n'avoir jamais rencontré de cas semblables et que toujours il a pu atteindre le bord du placenta.

Enfin, sans parler du rappel de l'hémorrhagie au moment de l'intervention, a-t-on rempli le but que l'on se proposait? La transformation du placenta central en variété latérale? Il nous est ici permis de formuler un doute. Si la portion détachée du placenta est trop considérable, elle flottera au devant de la partie fœtale et cette dernière, au lieu de le déplacer et de le comprimer latéralement comme cela arrive dans l'insertion partielle ou marginale, pourra le pousser dans son mouvement de descente et augmenter ainsi le décollement de la portion

encore adhérente et l'hémorrhagie, inévitable, persistera encore pendant toute la période d'expulsion.

c. — Perforation du placenta. — Au lieu de suivre la voie détournée dont nous avons parlé, certains accoucheurs, Deventer le premier en 1734, et après lui Baudelocque, Braun, Ramsbotham, Radford, Depaul, etc., pour n'en citer que quelques uns, ont conseillé de perforer directement le placenta pour laisser écouler une certaine quantité de liquide amniotique, provoquer des contractions utérines plus énergiques et permettre à la partie fœtale de descendre dans l'excavation à travers la large ouverture pratiquée dans la masse placentaire. Deventer qui a le premier décrit cette méthode, conseille de la perforer avec le doigt. « Et quand il l'est, » dit-il (1), autant que l'ouverture de la matrice a pu le permettre, on élargit l'ouverture et on l'écarte d'un côté et d'autre afin que la tête si c'est elle qui se présente, puisse se placer à l'orifice et que les douleurs puissent faire venir l'enfant. »

D'autres ont préconisé divers instruments, aiguilles, trocars, etc..., nous repoussons d'emblée les instruments piquants, qui exigent pour être maniés beaucoup de douceur et de prudence, pour nous servir autant que possible du doigt. Depaul y insistait et conseillait de le faire cheminer dans un sillon intercotyloédonaire à fin d'éviter de grandes dilacérations et par suite des hémorrhagies funestes pour

1. *Observations importantes sur le Manuel des accouchements*, 1^{re} partie, Paris, 1734, p. 180.

l'enfant et pour la mère. C'est en général la technique suivie par les accoucheurs qui perforent le placenta.

Pour tout considérer, cette manœuvre est-elle facile à exécuter et est-elle exempte de dangers? Sans parler des cas réunis par Rigby, où la perforation digitale fut impossible, en général on arrive assez facilement à dilacerer les cotylédons mais on peut éprouver *une première difficulté à rompre la trame résistante du chorion sur laquelle ils sont implantés*, témoin le fait que nous avons observé à la Clinique (Obs. XII), et comme le fait remarque Jacquemier on risque d'augmenter le décollement, aussi conseille-t-il de remplacer le doigt par une sonde mousse. D'un autre côté si l'on a présent que le placenta, quand la dilatation est à peu près complète, n'est que faiblement uni sur les bords avec la paroi utérine, les tentatives de perforation sur un point trop résistant peuvent amener soit une dilacération de caillots, soit la rupture de nouveaux sinus déjà plus ou moins tirillés par le fait de la rétraction utérine et de la progression de la partie fœtale. On s'expose encore à rompre les vaisseaux ombilicaux près de l'insertion du cordon, comme nous l'avons vu dans l'observation précédente : le cas que nous rapportons ici en est encore un bon exemple, en même temps qu'il nous montre la technique à suivre pour éviter pareils accidents.

OBSERVATION XI (Résumée).

(M. Budin. Obs. XL du mémoire de M. Démelin)

Le 22 avril 1892, entre à la Charité, la nommée X..., 32 ans, enceinte pour la quatrième fois, fleuriste. Elle a été réglée pour la première fois à 11 ans toujours d'une façon régulière.

Sa première grossesse, il y a 9 ans, a été absolument normale ainsi que l'accouchement. La deuxième en 1888 a été une fausse couche de 6 mois 1/2. En 1889 elle est enceinte pour la troisième fois : version et hémorrhagie pendant le travail.

Elle est actuellement enceinte de 7 mois environ, elle a eu ses dernières règles le 15 septembre 1891. Cette grossesse a été normale jusque vers les premiers jours de mars, époque à laquelle elle fit une chute, depuis elle a eu des pertes quotidiennes.

Le 31 mars elle a eu une perte plus abondante, les jours suivants elles se répètent en augmentant de quantité, c'est à ce moment qu'une sage femme lui conseille d'entrer à l'hôpital où elle a été admise dans un état d'anémie profonde.

On constate que l'utérus remonte à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. Le fœtus est placé transversalement en *présentation de l'épaule*, dos en arrière. Les bruits du cœur sont irréguliers. Au toucher le vagin est plein de caillots, l'excavation vide, le col perméable à ces deux orifices situé en arrière et à encore une longueur de deux centimètres.

Le doigt ne tombe que sur des cotylédons placentaires. *Version par manœuvres externes* pour ramener le siège en bas et ensuite *tamponnement* car la malade perdait toujours.

A 4 heures du matin le pouls est redevenu bon ainsi que l'état général les douleurs deviennent plus fréquentes, mais on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

A 6 heures du matin le tampon s'imbibe, M. Budin prévenu

trouve que la dilatation est à peu près complète. On ne sent *partout que des cotylédons*. A l'aide du perce-membranes il perce le placenta ; une fois l'œuf ouvert il introduit l'index gauche dans l'ouverture et sent le cordon à sa droite immédiatement à côté de la perforation : il introduit alors peu à peu ses doigts et agrandit la déchirure en la dirigeant du côté droit de la femme, pour éviter le cordon. A ce moment il s'écoule un flot de liquide amniotique brunâtre, M. Budin saisit le pied droit, et fait facilement l'évolution et l'extraction ; quand apparaît à la vulve le diamètre bis-acromial apparaît aussi le placenta qui coiffe la tête du fœtus.

Les membranes sont complètes, l'insertion du cordon sur le placenta est centrale, et la perforation correspond au centre même de l'organe, elle est tangente au cordon.

L'enfant qui pèse 1430 grammes est mort : la femme ne perd plus, les suites de couches ont été normales : la malade a quitté l'hôpital huit jours après, le 19 avril 1892.

Dans les cas de placenta prævia central on a peu d'espoir de ramener, il faut le savoir, un enfant vivant, le pronostic pour la mère est celui qui doit primer. Si l'on avait affaire à un placenta à pont membraneux c'est à travers ce dernier qu'il faudrait cheminer.

On peut éprouver encore une dernière *difficulté pour perforer l'amnios* qui se décolle avec une facilité extrême et fuit sous le doigt, comme cela est arrivé dans l'intéressante observation que nous allons rapporter, de sorte qu'on est encore dans la nécessité de se servir d'un perce-membranes ou de pinces, et alors l'orifice peut être difficile à retrouver pour l'agrandir avec les doigts.

OBSERVATION XII (inédite).

Insertion vicieuse du placenta, variété centrale; hémorrhagie de la grossesse; hémorrhagies graves pendant le travail et après l'accouchement; version podalique; enfant mort.

M^{me} de M..., âgée de 37 ans, cuisinière, entre à la Clinique d'accouchement de la rue d'Assas le 3 mars 1894.

D'une constitution forte, robuste, sa santé a toujours été parfaite; elle a marché à un an, et a été réglée à 12 ans toujours d'une façon régulière.

Elle a eu trois grossesses antérieures qui ont été normales ainsi que leur terminaison.

Actuellement elle est enceinte de sept mois et demi, puisque elle a eu ses règles pour la dernière fois du 9 au 12 juillet 1893.

Comme les précédentes, cette grossesse n'a rien présenté de particulier à noter. Au mois de janvier 1894, la femme aurait reçu un coup auquel elle attribue les pertes qu'elle a eu depuis cette époque.

Le 7 janvier elle a eu dans la journée deux hémorrhagies très abondantes; depuis les pertes n'ont pas cessé, elles ont continué les jours suivants moins abondantes sans doute, mais augmentant sous l'influence du moindre effort, de la moindre fatigue.

Il y a une quinzaine de jours nouvelle hémorrhagie qui a duré, au dire de la malade cinq jours; mais elle n'a pas éprouvé de contractions douloureuses. Ce n'est que le 2 mars à 4 heures du matin, qu'elle les a ressenties en même temps que la perte prenait un caractère de persistance et d'abondance telle que la femme a été immédiatement conduite à la Clinique où elle est entrée le 3 mars vers 4 heures du soir. M. le professeur Tarnier l'examine séance tenante, et constate que l'on se trouve en présence d'une insertion centrale du placenta, et se décide à perforer cet organe. Cette opération fut des plus laborieuse et pour passer à

travers le chorion placentaire très résistant, et pour perforer ensuite l'amnios qui s'était décollé et fuyait sous le doigt.

Le liquide amniotique qui s'écoule est légèrement teinté de sang.

Le double battement fœtal n'est pas à ce moment perçu ; l'orifice utérin était au moment de l'intervention large comme une pièce de cinq francs. Après la perforation, on fait des injections chaudes et la perte s'arrête.

L'enfant se présente par le sommet en position OID très élevée.

A 5 heures du soir l'hémorrhagie reparait faible d'abord, elle s'accroît ensuite et plonge bientôt la femme dans un état des plus alarmant.

A 6 heures la dilatation était à peu près complète. M. Démelin fait la *version* podalique par manœuvres internes. On ne donne pas de chloroforme à cause de l'anémie profonde dans laquelle se trouve plongée la parturiente.

L'introduction de la main a été rendue difficile à cause de la présence du placenta qui était en grande partie descendu dans le vagin et qui adhérait encore au pourtour de l'orifice par une couronne de cotylédons. En entrant par la perforation placentaire la main ne sentait le fœtus qu'à travers l'amnios qu'on ne pouvait écarter, ni déchirer.

M. Démelin retire alors la main, décolle le bord du placenta en avant et sur une étendue de 2 centimètres, perce les membranes à leur attache au disque placentaire et saisit un pied.

L'évolution et l'extraction ont été faites sans difficultés, l'enfant était mort et pesait 2440 grammes. Immédiatement après on fait la délivrance artificielle qui a été très simple.

Le placenta déchiqueté pèse 450 grammes, il présente un orifice, large comme une petite paume de main, dont la circonférence n'est pas tout à fait au centre du placenta ; elle est éloignée de

3 centimètres d'un des bords et voisine de l'insertion du cordon qui est presque en raquette. Les membranes sont déchirées.

La femme qui avait perdu peu de sang pendant l'opération, semblait aller bien à ce moment. Mais à 6 heures et demie, elle est prise d'une *nouvelle perte*, devient pâle, le pouls faible et fuyant. une syncope semble imminente, l'utérus était bien rétracté, le sang venait du segment inférieur qui est immédiatement tamponné à l'aide de bourdonnet de gaze iodoformée. Piqûres d'éther, de caféine et d'ergotine, auto-transfusion, position inclinée de Trendelenburg, et l'on se prépare à pratiquer des injections de sérum artificiel.

Vers 7 heures et demie, le corps de l'utérus se relâche malgré la compression qu'on avait faite, et la femme a une syncope. On retire le tampon, on introduit la main dans l'utérus et l'on pratique une injection chaude prolongée.

Nouvelle piqûre d'éther : alcool à l'intérieur.

Enfin à 8 heures et demie, l'état général s'améliore de nouveau et se maintient bon et apyrétique toute la journée du lendemain.

Le 5. — Légère élévation de température qui est à 37°,8, on pratique une injection intra-utérine à l'iode et on fait prendre à la malade 0,50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 6. — Au matin l'état général s'améliore, mais la malade a eu des tranchées très douloureuses.

Elle est actuellement encore dans le service, où elle est l'objet d'une surveillance et de soins les plus minutieux.

Enfin malgré une ouverture large de la masse placentaire qui ne se laisse pas déchirer aussi facilement que les membranes, l'ouverture peut être insuffisante pour permettre le passage du fœtus, on a manqué le but. L'observation que nous allons donner et que nous empruntons encore au mémoire de

notre Chef de clinique est remarquablement intéressante au point de vue du précieux enseignement qu'elle comporte.

OBSERVATION XIII (M. Budin).

(Obs. II, du mémoire de M. Démelin).

La nommée P..., âgée de 39 ans, est entrée le 7 novembre 1890 dans le service d'accouchements de la Charité.

Multipare, arrivée à la troisième grossesse. Les deux accouchements précédents ont été normaux; depuis seize ans elle a des pertes blanches, ses règles ne durent qu'un jour et elle souffre souvent du bas ventre, surtout pendant les rapports sexuels.

Les dernières règles datent des premiers jours d'août. Vers la fin du quatrième mois de la grossesse, elle fit une chute dans la rue et huit jours après elle eut une perte de sang; trois semaines après l'hémorrhagie reparut et depuis les pertes de sang se sont répétées à de fréquentes reprises, survenant tantôt le matin au réveil, tantôt pendant la journée; la malade garda alors le lit pendant quelques jours, puis elle reprit son travail.

Les premières hémorrhagies n'étaient accompagnées d'aucune douleur; mais dans le cours du septième mois, la malade commença à souffrir dans le ventre d'une façon presque continue; les douleurs n'étaient pas toujours calmées par le repos au lit. Enfin dans les premiers jours de novembre, elle eut une nouvelle hémorrhagie très abondante et se décida alors à entrer à l'hôpital.

A son arrivée dans le service de M. Budin le 9 novembre, elle est très faible, très anémiée, avec un peu d'œdème des jambes et des traces d'albumine dans les urines.

Le palper abdominal est rendu difficile par l'épaisseur de la couche adipeuse et par la tension des muscles; on arrive à sentir

une grosse extrémité au fond de l'utérus, mais on ne sent rien de distinct au détroit supérieur.

Les bruits du cœur sont perçus un peu au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Au toucher, on trouve le segment inférieur épais et mou mais on ne peut atteindre la partie fœtale qui se présente. On sent des artères volumineuses battre dans le fond du vagin ; le col a toute sa longueur et le doigt introduit jusqu'à l'orifice interne *reconnait les cotylédons placentaires immédiatement au-dessus de cet orifice*. On peut, dès lors, diagnostiquer une insertion vicieuse du placenta.

A 2 heures de l'après midi, il se produit immédiatement une hémorrhagie abondante ; on recueille 900 grammes de caillots. Tamponnement ; à 4 h. 1/2 syncope avec mouvements convulsifs. La température est alors de 36°, elle remonte à 38°, deux heures après.

A minuit 1/2 le tampon était imbibé de sang, on le retire et on enlève du vagin 200 grammes de caillots. A 1 h. 1/2 un peu de sang continue à couler ; on se décide à perforer les membranes.

La main est introduite assez facilement dans le vagin et un doigt est poussé dans le col. Ce doigt *rencontre partout le placenta* qui est décollé en avant, en arrière et du côté droit ; adhérent au contraire du côté gauche ; *nulle part il ne peut atteindre les membranes*. Pour éviter un décollement plus étendu, le mieux semble de perforer le placenta dans l'aire du col.

Le doigt traverse aisément les villosités placentaires, mais il faut le perce-membranes pour rompre l'amnios ; on reconnaît une présentation du sommet. Le liquide amniotique s'écoule, sa quantité est faible, de 200 à 300 grammes environ.

Les battements du cœur fœtal, qui avaient été entendus peu de temps avant la perforation, ont cessé maintenant.

A 6 heures du matin, on retire du vagin 100 grammes de caillots.

A 10 heures et demie, nouvelle perte de 200 grammes. Deuxième tampon, appliqué cette fois avec du cérat au lieu de vaseline. On le laisse en place jusqu'au lendemain, c'est-à-dire pendant 23 heures. Il ne provoque aucune contraction utérine.

Le 11 novembre. — On enlève le tampon, l'hémorrhagie ne se reproduit pas.

Le 12 novembre. — Il y a des contractions utérines et le col commence à s'effacer; les liquides vaginaux ne sont pas fétides, bien que l'œuf soit ouvert depuis 66 heures. A 2 heures, la dilatation est de 3 centimètres, une partie du placenta s'engage dans le col et contribue à sa dilatation.

A 4 heures, la dilatation est complète et la tête descend dans l'excavation. Le cuir chevelu paraît à la vulve; il est tendu, résistant et une chiquenaude, frappée sur lui, produit un son tympanique; ce phénomène est dû à la *putréfaction fœtale*. Malgré les contractions, la tête ne sort pas; on crève le cuir chevelu, il s'échappe un jet de gaz fétides et une bouillie de substance cérébrale et de sang; la tête ainsi dégonflée se laisse facilement dégager. Le tronc, distendu par du gaz, descend difficilement, on abaisse un bras et on termine l'extraction.

Aussitôt après, la femme pâlit et tombe presque en syncope. L'utérus se rétracte bien; une partie du placenta grosse comme le poing s'engage dans le col; pas d'hémorrhagie, délivrance artificielle huit heures après l'accouchement, on ne donne pas de chloroforme; le placenta adhère à la paroi antérieure, gauche et postérieure du segment inférieur, dans une étendue égale à celle des deux mains; le décollement est effectué avec lenteur, le placenta est amené au dehors tout d'une pièce, mais les membranes sont incomplètes et déchirées. Aucune hémorrhagie. La température est de 37°,2.

L'enfant pèse 3000 grammes.

Le placenta large et volumineux présente une longue déchirure dont il est facile d'affronter les bords. En maintenant cet affrontement à l'aide de serre-fines, on voit qu'il a la forme d'une poche conique dont la concavité, tapissée par l'amnios, regarde en haut ; tandis que la surface externe s'insérait sur le segment inférieur. Le sommet de ce cône répondait à l'orifice interne du col, c'est en ce point que le doigt a perforé le placenta. Plus tard, cette perforation s'est agrandie à droite et à gauche et a constitué la large déchirure transversale à travers laquelle est passé le fœtus. Cette déchirure remonte un peu plus haut à droite et à gauche, mais n'atteint pas la base du cône. On reconnaît que c'est la lèvre postérieure de la déchirure qui s'est engagée dans le col au début de la délivrance, à ce qu'elle est tuméfiée et ecchymotique. On distingue aussi les parties du placenta qui adhéraient le plus, d'après leur minceur, leur dureté, et l'aspect déchiqueté de leur surface.

Le cordon s'insérait près du bord du placenta, c'est-à-dire près de la base du cône creux.

Cette pièce qui est un type *d'insertion centrale de placenta*, a été présentée par M. Couder à la Société obstétricale, dans la séance du 12 novembre 1890.

M. Budin fait remarquer :

- 1° L'apparition des hémorragies au quatrième mois ;
- 2° Les douleurs persistantes qui ont signalé la seconde moitié de la grossesse ;
- 3° Le peu d'efficacité dans ce cas, de l'ouverture de l'œuf et la nécessité de recourir au tamponnement, moyen extrême.

Les jours suivants la femme semble se remonter, mais le pouls reste très fréquent (140 pulsations).

Le 14 novembre. — La femme est agitée, presque dans le délire ; elle se plaint d'étouffements. Rien à l'auscultation.

Le 15. — A 1 heure du matin elle veut se lever tombe en syncope et meurt.

Autopsie le 17 novembre.

Anémie extrême de tous les organes. Pas d'embolie.

Le péritoine est absolument sain.

L'utérus est incisé en croix au niveau de son fond ; à la partie inférieure de la cavité, on voit une ligne à peu près circulaire, *limitant en haut la surface d'insertion du placenta*; celle-ci occupe toute la surface interne du segment inférieur ; elle est facilement reconnaissable à son aspect mamelonné.

Dans sa séance du 26 novembre 1890, la Société obstétricale et gynécologique de Paris a eu simultanément sous les yeux l'utérus et le placenta, tout le monde s'est accordé à reconnaître qu'il s'agissait bien d'un cas type d'insertion centrale.

Enfin si l'on veut compter avec le temps qui est si précieux en l'espèce, puisque avec lui coule et fuit l'existence de deux êtres, il nous semble que ces manœuvres doublées des complications que nous venons d'examiner et qu'il faut toujours prévoir, peuvent être un peu longues ; on pourrait ce nous semble agir d'une façon plus prompte et plus sûre. Notre chef de clinique M. Démelin a bien démontré, chiffres en mains (1), que les cas les plus favorables sont ceux où la femme a perdu peu de sang avant la complète dilatation de l'orifice et qui à ce moment peuvent ainsi faire les frais de l'extrac-

1. Demelin, *De l'insertion vicieuse du placenta dite complète* (en préparation) et communication à la Société obstétricale de France, séance du mois de juin 1893, *In Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1893, t. XL, p. 47.

tion. Et encore la mortalité est-elle de 27 0/0 : de 33 0/0, quand l'utérus conserve encore assez de force pour chasser de lui-même le produit de la conception et de 41 0/0 si le travail traîne en longueur et que la femme continue à perdre.

L'indication capitale est celle de tarir d'abord l'écoulement : or, le tampon est le seul et unique procédé, il demeure le moyen héroïque par excellence malgré les vives attaques dont il a été l'objet. « Nous pensons, conseille M. Démelin, qu'il y a « lieu de le recommander et de chercher à le perfectionner encore pour en élargir les indications ». C'est en effet à cet enseignement qui est celui de notre maître, M. le professeur Tarnier, que nous nous rallions quand l'insertion du placenta est complète. Cet organe et sa surface d'insertion seront ainsi placés entre deux tampons, la partie fœtale d'une part, le tampon vaginal de l'autre ; son action sera ainsi efficace, continue pendant toute la période de dilatation et d'expulsion ; bien pratiqué il est le procédé de choix qui donne une sécurité absolue.

2° INSERTION MARGINALE ET LATÉRALE DU PLACENTA. —

Ici, rien des dangers ou des inconvénients que nous venons d'examiner, les membranes facilement accessibles au doigt pourront être largement déchirées. La rupture artificielle sera donc nettement indiquée dès que le travail sera franchement déclaré et la

1. Démelin *loc. cit.*, p. 27.

dilatation suffisante, conditions sur lesquelles nous aurons à revenir au paragraphe suivant. C'est, nous ne saurions le répéter, quand ces facteurs se trouvent réunis et avec une présentation favorable que la rupture des membranes se suffit, devient à elle seule un procédé d'hémostase réellement efficace.

Dans ces conditions, en effet, le placenta largement détaché parallèlement à son bord des enveloppes de l'œuf, ne sera plus soumis à aucun tiraillement : il suivra le segment inférieur de l'utérus dans son mouvement d'ascension en même temps que la partie fœtale, sollicitée à descendre dans l'excavation sous l'influence des contractions utérines devenues plus énergiques, le refoulera latéralement, et le comprimera ainsi que sa surface d'insertion contre les parois résistantes du bassin. C'est la ligne de conduite qui avait été tracée pour le fait suivant que nous avons eu occasion d'observer et qui a fait de la part de notre maître, M. le professeur Tarnier, une intéressante leçon de clinique sur l'insertion vicieuse du placenta (26 novembre 1892).

OBSERVATION XIV (personnelle).

Insertion marginale du placenta. — Hémorrhagie de la grossesse. — Présentation du sommet en O.I.D.P. — Perte légère au moment du travail. — Rupture artificielle des membranes. — Accouchement normal. — Enfant vivant, mère guérie.

Louise P..., enceinte pour la septième fois, entre à la Clinique de la rue d'Assas le 12 novembre 1892. Elle a toujours été très bien portante et a été réglée pour la première fois à 15 ans, d'une

façon très régulière, ses règles abondantes et parfois douloureuses lui duraient de cinq à six jours.

Ses dernières règles ont eu lieu du 13 au 18 février 1892. Elle est donc actuellement à terme. De même que ses grossesses antérieures celle-ci a été absolument normale, à part quelques malaises au début et des vomissements bilieux rien à signaler ; lorsque le 12 novembre à 6 heures du matin elle a été prise d'une hémorrhagie subite, abondante, au moment où elle se levait pour uriner. Sans perdre de temps elle se fait immédiatement conduire à la Clinique et voici à l'examen ce que l'on a constaté.

C'est une femme vigoureuse et bien constituée, l'utérus normalement développé remonte à deux doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde. Au palper, on sent que l'extrémité céphalique mobile n'est pas en rapport avec le détroit supérieur, elle est dans la fosse iliaque droite ; on trouve partout des petits membres, mais nulle part les caractères du dos, le siège est en haut et à gauche dans la région épigastrique.

Quand on palpe avec beaucoup plus d'attention on sent une petite saillie qu'on pouvait prendre pour une partie fœtale, mais elle est immobile, superficielle, et de plus quand l'utérus se contracte au lieu de disparaître elle demeure perceptible, elle s'accuse davantage, c'est donc à un petit fibrôme que l'on a affaire ; il occupe le fond de l'organe.

Par le toucher on atteint difficilement la partie fœtale qui est très élevée ; le col qui a encore une certaine longueur est perméable à ses deux orifices ; en appuyant sur la tête à travers la paroi abdominale, on l'amène bien sous le doigt explorateur qui sent en même temps un relief épais, mollasse, donnant tout à fait la sensation d'un rebord placentaire qui occupe la partie gauche et postérieure du segment inférieur plus épais en ces points. On a donc affaire à une *insertion marginale du placenta*.

Le 17 novembre. — Elle éprouve les premières douleurs. On

place une garde à côté de la malade qui ne perd plus, et ordre est donné par M. le professeur Tarnier de rompre les membranes si une nouvelle hémorrhagie se reproduit pendant le travail.

A 2 heures du matin un mince filet de sang sort par la vulve et comme la dilatation est à peu près complète, *on rompt les membranes* et l'accouchement se termine 25 minutes après sans le moindre incident : le travail avait duré 5 h. 10. La délivrance naturelle a eu lieu un quart d'heure après, mais à ce moment la femme a perdu 300 grammes de sang.

L'enfant, une fille, est vivant, il pèse 2920 grammes.

A l'examen de l'arrière-faix qui pèse 460 grammes, on voit que les membranes sont complètes et qu'elles ont été rompues sur le bord du placenta qui est peu volumineux, régulier, arrondi, et très épais ce qui est rare. Il y avait également une insertion vélamenteuse du cordon. Comme le placenta était en un point douteux au point de vue de l'intégrité des cotylédons, on introduit la main dans la cavité utérine et pendant cette exploration on a parfaitement pu sentir le relief formé par le fibrôme qui est de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Pendant les suites de couches la malade a eu un accès de fièvre qui n'a pas cédé aux injections intra-utérines antiseptiques : elle a avoué, du reste, qu'avant sa grossesse elle était parfois sujette à de fréquents accès de fièvre suivis de céphalalgies assez intenses, un gramme de sulfate de quinine a suffi pour tout ramener dans l'ordre et quelques jours plus tard, le 27 novembre la mère et l'enfant quittaient la Clinique dans un parfait état de santé.

C'est là un cas d'insertion vicieuse du placenta qui s'est terminé d'une façon absolument bénigne mais sous la bonne impression duquel on ne doit pas demeurer, car on risquerait, comme le fait remarquer

M. le professeur Tarnier dans sa leçon de clinique, d'avoir de bien grands mécomptes.

3° INSERTION PARTIELLE DU PLACENTA. — Entre ces deux extrêmes que nous venons d'examiner, placenta franchement central et placenta marginal ou latéral, il existe toute une série d'intermédiaires désignée sous le nom de *variété partielle* et c'est ici où le praticien pourra être un peu perplexe sur le choix du procédé à cause de la valeur relative de ce qualificatif. Pratiquera-t-il le tamponnement? Ce sera sans doute faire de la forte bonne besogne comme nous l'avons démontré, et surtout si l'insertion se rapproche de la variété centrale. Mais si le placenta n'empiète que sur une étendue relativement minime de la dilatation au moment où elle est suffisante pour pratiquer la rupture des membranes, est-ce à ce dernier procédé qu'il donnera le choix? Certainement oui, puisque nous n'aurons à craindre aucun des dangers et des inconvénients de l'insertion centrale.

Entre cette double alternative, nous sommes disposés à accepter comme limite à l'indication de la rupture des membranes, les cas dans lesquels au moment de la dilatation suffisante, le doigt ne rencontre des cotylédons placentaires que sur un tiers à peu près de l'aire de la dilatation; c'est-à-dire que l'insertion se rapproche plus de la variété marginale: nous la désignerons volontiers sous le nom de *marginopartielle*. Nous aurons à revenir sur l'em-

ploi de ce terme dans nos conclusions. Sans doute, cette évaluation est très approximative, mais nous estimons qu'en adoptant cette moyenne, on évitera d'avoir un trop grand lambeau placentaire flottant au-devant de la partie fœtale qui pourrait le repousser au-devant d'elle et augmenter ainsi le décollement de la portion encore adhérente. C'est encore au tamponnement, ou à la dilatation rapide de Barnes que nous nous adresserions ici.

4° Indications tirées de l'état du col (grossesse et travail).

Deux cas sont ici à considérer : ou bien le col n'a subi aucune modification, il conserve encore toute sa longueur, la femme étant plus ou moins éloignée du terme de la grossesse ; où bien le travail est franchement déclaré.

A. GROSSESSE. — Dans le court exposé des opinions anciennes que nous avons donné au début de notre travail, nous avons vu que Smellie qui avait adopté la méthode de Puzos était allé plus loin que ce dernier et la pratiquait pendant la grossesse. Quelques rares accoucheurs, Robert Lée entre autres, l'ont suivi dans cette voie mais avec une médiocre confiance et des succès très divers.

Nous avons vu également que dans ces dernières années après ses remarquables travaux sur l'étiologie de la rupture de l'œuf humain et la pathogénie de l'hémorrhagie placentaire, M. le professeur Pinard

préconise la rupture large des membranes, qu'il pratique même avant tout début de travail.

Pour cela il introduit au besoin la main entière dans le vagin, pénètre dans le canal cervical et avec un ou deux doigts déchire les membranes dans la plus grande étendue possible; grâce à cette large déchirure le placenta n'est plus tirailé par les membranes et l'hémorrhagie cesse. Si elle continue, c'est que l'ouverture n'a pas été assez large.

Elle peut cependant se reproduire au moment du travail mais il ne s'agit plus alors de tiraillements, c'est le fœtus lui-même qui repousse le placenta au devant de lui et le décolle; aussi dans ces cas, c'est-à-dire au moment où le travail est franchement déclaré, il pratique la version bipolaire de Braxton-Hicks. Le membre pelvien a le double avantage de tarir l'hémorrhagie en écartant et comprimant le placenta en même temps que le pied abaissé peut, selon les circonstances servir pour régler l'extraction du fœtus.

Cette ligne de conduite qui nous paraît des plus rationnelles, surtout pour la seconde partie du procédé a donné les résultats les plus encourageants entre les mains de l'éminent accoucheur de la Clinique Baudelocque, puisque au point de vue de la mortalité, cette méthode, doublée d'une antisepsie rigoureuse, donne 1,69 0/0 pour les mères et 39,28 pour les enfants (1).

1. Dylien. *De l'insertion vicieuse du placenta. Essai de clinique thérapeutique.* Thèse de Doctorat, Paris, 1890, p. 138.

Nous nous rendons à l'évidence de ces résultats cliniques : mais il nous paraît cependant nécessaire de soulever ici un certain nombre de questions de la plus haute importance, si l'on ne veut s'exposer à faire une fausse manœuvre.

Et d'abord est-il facile de rompre les membranes avec un col qui a encore conservé toute sa longueur, c'est-à-dire, la rupture sera-t-elle suffisante pour répondre pleinement à ce desiderata : supprimer les tiraillements ? Si l'on songe aux conditions de dilatabilité créées par la multiparité et la vascularisation plus grande du segment inférieur qui rendent le col plus souple, nul doute que dans ces conditions, il sera toujours possible d'arriver sur l'œuf et de l'ouvrir largement. Dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire 78 fois sur 101 cas d'insertion vicieuse, M. le professeur Pinard avoue n'avoir jamais éprouvé de difficultés et être arrivé ainsi à se rendre maître de l'hémorrhagie.

Mais ces conditions seront d'autant moins favorables que la grossesse sera plus éloignée de son terme, aussi partageons-nous pleinement l'opinion de Müller (1), quand il dit : « Moins le segment inférieur de l'utérus est préparé pour l'accouchement, « moins bons seront les résultats que donnera cette « opération », et à plus forte raison s'il s'agit d'une primipare, quoique cela soit l'exception ; nous croyons que dans ces conditions en effet la rupture des membranes peut être insuffisante.

1. Müller. *Placenta prævia*, 1877, p. 274.

Enfin le col peut n'être pas dilatable, témoin le fait de Poppel (1) dans lequel on pratiqua la perforation trop tôt, le travail n'avançant pas, la conséquence de cette fausse manœuvre fut une mutation de présentation, la tête glissa dans l'une des fosses iliaques et l'on eut une présentation de l'épaule, avec un orifice rigide. Nous rapprocherons encore de ce cas, l'observation de Robert Lée (2), relatée par Barnes, le col n'étant ni dilaté ni dilatable, on fit la rupture des membranes, l'utérus demeura inerte et l'hémorrhagie continua, si bien que Lée se vit obligé de faire la perforation du crâne pour extraire à grand peine un fœtus à travers un col qui ne se laissait pas dilater. M^{me} Lachapelle raconte aussi que dans un cas semblable, elle dut avoir recours à un autre procédé.

Sans doute ces faits sont heureusement rares, mais nous devons y songer et savoir qu'il est des cas où le col n'est pas suffisamment souple pour permettre de pratiquer une déchirure assez large, l'hémorrhagie continuera d'autant plus abondante que la partie fœtale demeure élevée surtout chez les multipares; nous ne reviendrons pas ici sur le rôle capital qu'elle joue dans la production de l'hémostase, nous nous sommes suffisamment expliqués à ce sujet.

En second lieu il est nécessaire que la rupture des membranes soit suivie de contractions utérines. Or au bout de combien de temps le travail va-t-il se déclarer, chez une femme par exemple dont le terme

1. *Monast. f. Geb.*, Bd XXIV, p. 143.

2. R. Lée. *Clin. Midwifery*, pas 163, in Muller.

de la grossesse est encore éloigné? L'utérus qui n'est pas encore prêt pour l'expulsion du fœtus peut être lent à répondre et il le sera d'autant plus que la femme aura déjà perdu une plus grande quantité de sang.

Sans doute nous pourrions être toujours armés pour tarir l'écoulement qui continue. Mais il faut surtout songer que le fœtus est d'autant plus exposé à succomber que son existence est déjà fort précaire; en présence de pareille éventualité nous demeurons, avec un œuf ouvert qui a permis l'accès de l'air, exposés à tous les dangers de la septicémie qui s'installe avec la plus grande rapidité sur un terrain aussi favorable, sur un sujet dont la résistance vitale est déjà fort amoindrie. Aussi en prévision de pareils accidents non seulement nous serons réservés sur l'emploi de cette méthode pendant la grossesse, mais nous la repousserons comme dangereuse. Si l'on peut être maître de l'hémorrhagie, nul, une fois installés, ne peut à coup sûr enrayer les accidents septiques.

Avant de donner la ligne de conduite à laquelle nous nous rallierons, nous allons effleurer une question des plus intéressante quoiqu'il ne nous appartienne pas de la résoudre. Supposons, par exemple, le cas d'une femme enceinte prise d'une hémorrhagie subite vers le septième ou huitième mois de sa grossesse; à l'examen on trouve tous les caractères d'une insertion vicieuse du placenta, présentation élevée, cul-de-sac épais, etc..., l'hémorrhagie n'a pas été assez

abondante pour déterminer des phénomènes généraux alarmants : l'état général est en somme très bon. Puisque nous savons que la caractéristique de ces hémorrhagies est de se reproduire avec une intensité et une fréquence croissante au fur et à mesure que le terme de la grossesse approche, ne serait-on pas autorisé en présence de cette perspective et de l'anémie progressive souvent fatale, de bénéficier de l'état présent et de provoquer l'accouchement ?

Cette ligne de conduite a été, en effet, préconisée par quelques accoucheurs. En 1865, Greenhalgh (1), après avoir pris connaissance des statistiques de Read, a soulevé la question au Congrès d'obstétrique de Londres : sur 6 professeurs qui ont pris part à la discussion, tous ont partagé son avis. « Leurs raisons « sont claires, irréfutables, dit Playfair (2), la vie « de la femme peut être considérée comme en péril « tant qu'elle n'est pas délivrée, car personne ne « peut répondre qu'il ne surviendra à un moment « donné une hémorrhagie mortelle pour la mère. » Gaillard Thomas (3) Barnes, Murphy (4), ont cherché à provoquer le travail en même temps que leurs procédés s'adressaient à l'hémorrhagie et ce dernier en particulier a retiré de sa méthode de brillants résultats.

1. *London obstétrical transactions*, 1865, p. 140.

2. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 2^e éd. 1878. Trad. de l'anglais, par Vermeil, 1879, p. 550.

3. *American practitioner* New-York, mai 1877.

4. *Trans. cf. the Northumberland and Durham, méd. Soc.* 1885.

Encore une question dans le même ordre d'idées. Pendant la grossesse et en l'absence de toute hémorrhagie, quand le diagnostic de placenta prævia est certain, ne serait-on pas pour les mêmes raisons autorisé à provoquer l'accouchement prématuré artificiel, par l'un des moyens habituellement employés? Certainement non, car on ne saurait ici prendre sur soi la responsabilité morale d'une hémorrhagie, peut être fatale pour la femme.

Nous n'insistons pas sur ces faits que nous ne faisons que signaler, leur discussion rentre dans le traitement du placenta prævia en général. Pour nous, nous reconnaissons sans doute que l'idéal serait de délivrer la femme pour supprimer du même coup et la cause et l'effet; pouvoir provoquer l'accouchement en empêchant le sang de couler. Or, il est deux procédés qui répondent à ce double but : la dilatation rapide de Barnes-Murphy dont les résultats sont des plus encourageants, et le tamponnement. C'est encore à celui-ci que nous nous adresserons toujours pendant la grossesse (nous avouons n'avoir aucune éducation clinique personnelle du premier), non pas tant pour provoquer l'accouchement que comme procédé d'hémostase qui donne bien fait une parfaite sécurité.

Tarir l'hémorrhagie, telle sera donc la première indication, la plus urgente; être armé contre son retour sera la seconde et c'est encore au tampon que nous nous adresserons. Pour cela tout praticien devra avoir chez lui, conservé dans des bocaux her-

métiquement fermés et baignant dans une solution antiseptique, un tampon tout prêt. La vessie de Gariel et le ballon de Chassagny pourraient encore rendre des services. C'est en s'entourant de cette précaution sans se laisser surprendre et sans perdre un temps précieux, qu'on pourra immédiatement diriger un traitement actif. On devra d'un autre côté prévenir la femme du danger qu'elle court et l'engager à entrer dans une Maternité, si de par ses conditions sociales, elle ne pouvait recevoir chez elle que des soins très imparfaits. Dans le cas contraire, placer près d'elle une garde intelligente et instruite qui devra à la moindre alerte pratiquer le tamponnement vaginal en attendant notre arrivée ; le traitement général ne sera du reste en aucune façon négligé.

M. le professeur Tarnier se plaît parfois à nous rappeler à ce sujet le fait suivant qui est d'un grand enseignement pratique : notre maître fut mandé en toute hâte auprès d'une jeune femme atteinte d'insertion vicieuse du placenta. Après avoir pratiqué le tamponnement, il installe auprès de sa malade une sage-femme expérimentée et habile qui devait exercer une surveillance des plus étroite et parer à la première éventualité : comme la femme ne perdait plus, le mari demande au bout de quinze jours le renvoi de la garde ; M. Tarnier refuse. Un mois après nouvelle demande, nouveau refus et deux mois et demi plus tard elle était prise d'une hémorrhagie formidable. Nous nous rallions donc à ces

sages préceptes de notre maître qui a fait connaître en 1885 dans son cours à la faculté, les brillants résultats qu'il a obtenus du tamponnement antiseptique, et c'est à ce procédé que nous nous adresserons pendant la grossesse.

B. — TRAVAIL. — Au début du travail quand les contractions utérines sont encore peu énergiques et se succèdent à de longs intervalles, les conditions sont peut-être plus favorables que précédemment, mais nous demeurerons toujours sur une sage réserve sous peine de nous voir enlevés et amoindris, en cas d'échec, d'autres moyens d'action; car ici encore la rupture artificielle des membranes est passible de la plupart des objections que nous venons d'examiner, aussi nous comporterons-nous comme nous l'avons indiqué pour la grossesse, avec cette réserve que l'on pourrait au début du travail, rompre les membranes et pratiquer la version bipolaire de Braxton-Hicks.

Il n'en est pas de même quand le travail est franchement déclaré et que le col a déjà acquis un certain degré de dilatation. C'est ici où la rupture artificielle des membranes se recommande non seulement comme la méthode la plus commode, la plus simple, mais parce qu'elle constitue un excellent mode de traitement à la condition que la femme ne soit pas trop affaiblie, et que se trouvent bien groupées les autres conditions requises de la part de la présentation et de la topographie placentaire. C'est

dans ces conditions qu'elle donnera les meilleurs résultats, elle remplira le double but que l'on attend : suppression des tiraillements et abaissement de la partie fœtale qui comprime la surface d'insertion du placenta. Nous nous sommes suffisamment expliqués là dessus en étudiant le mécanisme de l'hémostase et la nécessité d'une bonne présentation, d'un engagement facile, nous n'y reviendrons pas afin d'éviter des redites.

Les observations suivantes que nous avons choisies nous paraissent non seulement très démonstratives au point de vue de la valeur hémostatique de la rupture des membranes pendant le travail, qu'elle a accéléré dans le premier fait, mais elles réunissent bien toutes les indications requises, aussi tenons-nous à les rapporter ici à titre de résumé clinique.

OBSERVATION XV

(Bitot. Thèse de Doctorat, 1880, p. 96).

Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie de la grossesse. Accouchement prématuré spontané. Perte considérable pendant le travail. Rupture artificielle des membranes. L'hémorrhagie cesse. Expulsion rapide d'un enfant vivant. Suites de couches normales.

Le 5 mai 1880, entrant à l'hôpital des Cliniques, la nommée Juliette P..., âgée de 21 ans, blanchisseuse, secondipare. Son premier accouchement a eu lieu à terme et n'a pas présenté de difficultés. L'enfant est né vivant. Elevé au biberon il succomba à l'âge de 3 mois. Elle assure que ses dernières règles ont eu lieu du 7 au 9 juillet. Elle a eu pendant sa grossesse des nausées et des vomissements qui ont persisté jusqu'à ces derniers temps.

Elle dit avoir senti son enfant remuer vers le milieu du mois de janvier.

Le 3 mai, alors qu'elle était en train de repasser, à 2 heures de l'après midi, elle perdit une quantité de sang assez considérable et des caillots. Elle se présenta à l'hôpital Lariboisière d'où on l'envoya chez une sage-femme pour accoucher. Elle se mit au lit, et le lendemain matin comme elle n'avait pas de douleurs, la sage-femme la renvoya chez elle.

Le 5 mai elle avait pris l'omnibus pour se rendre à l'hôpital des Cliniques lorsque en voiture survint un second écoulement de sang assez abondant pour traverser son linge et ses vêtements. On la fit coucher au n° 30 des salles. L'hémorrhagie s'arrêta.

En l'examinant le soir, on constata que l'abdomen n'était pas trop développé : l'enfant peu volumineux bien que la femme se crut à terme, se présentait par le sommet. La tête mobile tendait à s'engager vers le détroit supérieur, le dos était dirigé à gauche, et on entendait de ce même côté les bruits du cœur de l'enfant. Au toucher, le col offre une longueur de 2 centimètres environ ; il est fermé. Le doigt introduit dans le cul de sac latéral gauche constate que le segment inférieur de l'utérus est plus épais et plus mou que du côté droit. On perçoit d'autant plus aisément cette sensation qu'on comprime le segment inférieur de l'utérus entre le doigt et la tête fœtale. Il semble donc que le placenta soit inséré à ce niveau.

Dans la nuit du 7 au 8 mai, vers 4 heures du matin, alors qu'elle ne dormait pas, parce qu'elle éprouvait quelques contractions douloureuses, cette femme s'aperçut qu'elle perdait de nouveau. Elle salit une alèze et plusieurs serviettes.

Le 8. — A la visite du matin, vers 9 h. 1/2, on constate qu'elle perd encore du sang : les douleurs continuent. Au toucher, le col est effacé, le doigt pénètre à travers l'orifice utérin, constate la présence des membranes épaissies et rugueuses : derrière se

trouve la tête. Une élève sage-femme est mise en garde près d'elle afin de surveiller l'écoulement sanguin. Il fut peu abondant jusque vers 11 heures. Le travail de l'accouchement continuait.

Vers midi, elle perdit tout à coup une assez grande quantité de sang et des caillots nombreux. On la transporta à la salle d'accouchement et à 1 heure de l'après-midi, un suintement assez considérable continuant à se faire, comme l'orifice utérin mesurait 5 à 6 centimètres de diamètre, les membranes furent rompues. A partir de ce moment, les contractions devinrent plus fréquentes, presque continues et la femme ne perdit plus de sang. La dilatation se termina rapidement. A 2 h. 1/4, un enfant du sexe féminin vivant et pesant 1970 grammes fut expulsé spontanément.

Le placenta examiné, on voit que les membranes ont été déchirées sur le bord du placenta. Il y a un certain nombre de caillots noirâtres qui sont adhérents aux cotylédons voisins du lieu où s'est faite la rupture.

Les suites de couches furent absolument normales.

OBSERVATION XVI (M. le professeur N. Charles).

Observation extraite du *Journal d'accouchement et Revue de médecine et de Chirurgie pratique de Liège*, n. 17, 13 septembre 1893.

L'épouse B..., ménagère, est amenée à la Maternité par une accoucheuse de la ville, le 1^{er} septembre, à 11 heures du matin. C'est une femme assez grande, très maigre et d'un aspect assez misérable comme santé. Elle a 37 ans et est à sa dixième grossesse ; six enfants vivants et à terme, plus trois fausses couches.

Elle a eu ses dernières règles le 20 décembre 1892 ; pendant les premiers temps, elle a senti des douleurs dans le bas-ventre et a eu des vomissements comme dans les grossesses antérieures.

Elle a eu une première perte légère dans la nuit du 3 juillet :

une seconde plus abondante le 3 août, et une troisième le 1^{er} septembre. C'est alors qu'elle a fait appeler la sage-femme qui a fait le diagnostic de placenta prævia et nous a amené la patiente ; ces pertes sont venues chaque fois à l'improviste sans cause connue, et se sont arrêtées sans aucune intervention.

La matrice est volumineuse et *contient en assez grande quantité du liquide amniotique* : le fœtus est très mobile, sa tête est déviée dans la fosse iliaque droite ; les petites parties fœtales sont en avant. On entend bien les doubles battements fœtaux, et le maximum d'intensité est au voisinage de l'ombilic.

Le périnée est court, la vulve et le vagin fort larges. Le col est élevé, mou, encore proéminent ; deux doigts y pénètrent sans difficulté. On sent les membranes qui tendent à s'insinuer dans l'orifice cervical, *un bord du placenta est constaté en arrière et à gauche*. Dans la poche qui est en formation se trouve une petite partie fœtale qui a les caractères de la main. Une légère pression exercée sur la tête suffit pour la placer à l'hypogastre, où elle est maintenue par les deux mains d'un aide. Nous introduisons alors le mandrin d'une sonde et *ouvrons les membranes* du côté opposé au placenta, assez haut. On continue à soutenir la tête et à exciter la matrice par des frictions.

La journée et la nuit se passent sans modification, la femme ne perd plus, mais les contractions *utérines sont rares*. A 2 h. du matin la situation est peu changée, le sommet est resté au détroit supérieur, élevé en droite postérieure, on retire du vagin quelques caillots, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs.

Un lobe du placenta est décollé et flotte en arrière et à gauche de la tête.

Les doubles battements fœtaux sont encore nettement perçus, la matrice est toujours inerte. Il faut bien en finir, l'enfant souffre et l'état de la mère exige que la terminaison ne soit plus différée.

Tout étant disposé d'avance, nous commençons par la dilatation manuelle du col qui demande un peu de temps et de patience de façon à éviter les déchirures, l'hémorrhagie. Le *forceps* est alors appliqué en ayant soin de ne pas saisir le lobe pendant du placenta et en faisant maintenir la tête par un aide.

Nous exerçons des tractions modérées qui entraînent la tête peu à peu. Mais le col incomplètement dilaté descend aussi : on est obligé de soutenir la lèvre antérieure. Nous faisons la rotation, puis on enlève l'instrument, on engage la femme à pousser et cinq minutes plus tard l'enfant est expulsé.

Immédiatement après, le placenta arrive à la vulve et la délivrance se termine.

Comme la matrice est flasque on pratique une piqure de 1 gr. d'ergotine et l'on fait une injection utérine avec une solution de sublimé au 1/2 pour 1000 à 48°.

La femme n'a pas eu d'hémorrhagie pendant le travail, et perd peu après l'accouchement. On continue à la surveiller pendant deux heures et comme la matrice se relâche encore on fait deux nouvelles injections sous-cutanées d'ergotine et l'on applique un bandage compressif sur l'abdomen.

Quant au nouveau-né, il est arrivé dans un état d'asphyxie tellement prononcé que tout espoir de le ramener à la vie semblait absolument perdu ; grâce à la respiration artificielle, l'insufflation de bouche à bouche, les battements du cœur se sont accélérés, les mouvements respiratoires se sont régularisés.

Les suites de couches ont été normales sauf des tendances aux syncopes le premier jour : pas de température au-dessus 37°, 2. Le 10^e jour quand la femme a quitté la Maternité elle était très bien portante, et l'enfant qui pesait 2350 gr. le jour de sa naissance n'avait gagné que 150 grammes.

Il est intéressant de rapprocher les deux faits que

nous venons de rapporter ; insertion marginale, col effacé et dilaté, présentation favorable, persistance de l'hémorrhagie pendant le travail, étaient autant de facteurs qui légitimaient dans l'un et l'autre cas, la rupture artificielle des membranes. Mais dans la première observation, cette méthode, en même temps qu'elle tarit l'écoulement rend plus énergiques et plus soutenues les contractions utérines et hâte le travail ; dans la seconde au contraire, l'utérus demeure inerte : pourquoi cette différence dans les résultats ? C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans le paragraphe suivant.

5° Indications tirées de l'état général de la malade.

Quand le praticien s'est enquis de la présentation du fœtus, de l'état du col, de la marche du travail, etc., le tout favorable à la rupture artificielle des membranes, possède-t-il encore toutes les données nécessaires pour motiver son intervention ? Certainement non, *s'il ne tenait avant tout compte du terrain sur lequel il va opérer.*

L'accoucheur réglera donc d'abord sa ligne de conduite d'après *le caractère de l'hémorrhagie*, son abondance, sa fréquence et son retentissement sur l'état général de la parturiente ; sa *résistance vitale*, son état d'anémie, cause de syncope mortelle sur laquelle tous les auteurs, depuis l'observation mémorable de Mauriceau, ont tour à tour particulièrement attiré l'attention. Il faut savoir que le mot « *grave* »,

comme qualificatif d'une hémorrhagie, est parfois très relatif. Ainsi une femme robuste, vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, pourra très bien faire les frais d'une perte abondante, tandis qu'il n'en est pas de même pour une de ces natures à constitution frêle et délicate, la moindre perte peut plonger ces dernières dans un état des plus alarmants.

M. Maygrier, dans ses leçons de clinique, a bien insisté sur ces faits et montré les dangers de l'anémie progressive consécutive, soit à une hémorrhagie considérable d'emblée, soit à une série de pertes à répétition. « La cause première de la mort « subite, dans l'insertion vicieuse du placenta, dit-il (1), réside dans l'anémie profonde créée par des « hémorrhagies répétées, qui sont la caractéristique de cette anomalie de la grossesse. » Et plus loin. « C'est en réalité à une syncope brusque que les femmes succombent le plus souvent, et tous les signes observés, pâleur, refroidissement, suppression du pouls et de la respiration, en sont la « preuve évidente. »

Quelles sont donc les causes occasionnelles de la syncope fatale? Les déplacements brusques, les simples changements d'attitude : témoin le fait bien classique rapporté par M. le professeur Tarnier, dans lequel il s'agit d'une malheureuse qui succomba après avoir été simplement transportée d'un lit sur un autre.

1. Maygrier. *Leçons de cliniques obstétricales*, recueillies par le Dr Démeulin, Paris, 1893, p. 157.

Le plus souvent, et c'est ici le point qui nous intéresse particulièrement, le collapsus mortel est dû à une évacuation trop brusque de l'utérus. « La « déplétion subite est souvent suivie d'un collapsus « redoutable, mortel », a dit Velpeau (1), que cette déplétion soit due à l'évacuation du liquide amniotique, comme dans le cas type rapporté par M. Maygrier dans ses Leçons de cliniques, où cet accident comme on va le voir eut lieu au moment même de l'évacuation des eaux de l'amnios, ou ce qui est le plus fréquent, à la suite d'une intervention comme en témoignent nos deux observations où malgré les soins les mieux dirigés, l'accident a été dû au simple choc de l'accouchement.

OBSERVATION XVII (M. Maygrier).

La nommée B..., âgée de 33 ans, lingère, est entrée le 31 octobre 1887, à l'hôpital de la Pitié : elle était profondément anémiée. Nous recueillîmes sur son compte les renseignements suivants. Elle était enceinte pour la septième fois ; vers le septième mois, elle avait été prise brusquement et sans douleur d'une hémorrhagie. Puis le sang s'était arrêté, et un mois après était survenu une nouvelle perte qui dura huit jours. Une troisième hémorrhagie se montra le 29 octobre, une quatrième le 30 et une cinquième dans la nuit du 31.

C'est dans ces conditions, très affaiblie et exposée à de fréquentes syncopes, que cette femme fut enfin conduite à l'hôpital. Son état général était grave ; décolorée et refroidie, elle avait le pouls à peine perceptible.

1. Velpeau, *loc. cit.*, p. 115.

L'examen obstétrical nous montra un utérus plus volumineux que d'habitude, à cause d'une *augmentation notable dans la quantité du liquide amniotique*.

Le fœtus était très mobile, la tête au-dessus du détroit supérieur, il y avait des contractions utérines, et le travail était commencé. Au toucher, on arrivait sur un col dilaté comme une pièce de un franc ; dans l'orifice le doigt *sentait des cotylédons placentaires qui recouvraient tout le col* ; l'événement a d'ailleurs prouvé qu'il s'agissait d'une *insertion centrale*. Pendant qu'on pratiquait cet examen, une nouvelle hémorrhagie se produit ; on l'arrêta immédiatement par le *tamponnement* ; il était alors 3 heures du matin.

Le 31 au matin, je retire le tampon, la dilatation du col est seulement de la grandeur d'une pièce de 5 francs. J'entends à ce moment très nettement les battements réguliers du cœur de l'enfant ; mais une hémorrhagie survient encore qui oblige à *refaire le tamponnement*. La journée et la nuit se passent sans incident.

Le 1^{er} novembre. — A 10 heures du matin, j'enlève le second tampon et je trouve une dilatation complète, je me dispose alors à intervenir, et je fais administrer du chloroforme. En introduisant la main dans le col, je trouve du tissu placentaire partout, pour atteindre les membranes, je suis obligé de décoller environ 3 centimètres de cotylédons. *J'arrive enfin aux membranes que je déchire, un flot de liquide s'échappe ; à ce moment précis, la femme est prise d'une syncope ; le pouls et la respiration s'arrêtent, et je sens l'utérus inerte sous mes doigts*. Je fais alors très rapidement la version pélvienne et la délivrance.

Pendant ce temps on inverse le corps de la femme et on pratique la respiration artificielle. Mais tous les efforts pour la rappeler à la vie furent inutiles. Quant à l'enfant, il avait succombé depuis peu.

A l'autopsie on constata nettement les traces de l'insertion centrale du placenta.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Insertion partielle du placenta. Hémorragies pendant toute la grossesse, accompagnées de douleurs. Hémorragie du travail. Trois tamponnements successifs. Rupture artificielle des membranes avec une dilatation égale à une pièce de cinq francs ; ballon de Champetier de Ribes. Version. Syncope : mort deux heures après l'extraction du fœtus.

Marthe G..., 36 ans, ménagère, est entrée à la Clinique de la rue d'Assas, le 17 février 1892. Enceinte pour la treizième fois.

Réglée pour la première fois à 12 ans, depuis toujours d'une façon très régulière, ses règles lui duraient de quatre à cinq jours. Elle est pâle et quoique dans les antécédents il n'y ait rien à signaler d'important, elle a toujours été d'une constitution assez délicate.

Elle a marché à onze mois. Les grossesses antérieures ont été normales et se sont spontanément terminées à terme, sauf la septième, qui a nécessité une version, l'enfant se présentant par l'épaule.

Il y a sept mois elle a été réglée comme d'habitude, *mais ses règles au lieu de finir le quatrième jour ont continué presque sans interruption jusqu'au moment de son admission ; le sang était franchement rouge.*

Dans les premiers mois de la grossesse, ce suintement n'était pas accompagné de douleurs, mais depuis cinq mois elle éprouve de temps à autre, toutes les semaines des douleurs qui durent de deux à trois jours pendant lesquels la perte est plus abondante qu'à l'ordinaire.

Les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus il y a trois mois et demi environ, et depuis la malade les a ressentis presque tous les jours. Les pertes de sang ne paraissent pas être en rapport avec des mouvements plus ou moins forts.

Au début de la grossesse, elle a eu seulement quelques vomissements et des syncopes, mais après le quatrième mois tous ces accidents ont disparu.

A l'examen nous constatons que l'utérus est normalement développé, en rapport avec l'âge présumé de la grossesse.

La tête est en bas, mobile au-dessus du détroit supérieur, le dos en arrière et à gauche, le siège au niveau de l'hypochondre droit : les doubles battements sont normaux et perçus en arrière et à gauche, le fœtus ne paraît pas très volumineux.

Au toucher, le vagin est plein de caillots, le col est en avant, ses bords sont irréguliers, il est court, mou, perméable à ses deux orifices, le doigt arrive sur la tête coiffée *des membranes qui sont rugueuses, épaisses*. En explorant le segment inférieur, on constate qu'il est beaucoup plus épais dans sa moitié postérieure ; le bassin est normal.

La femme est pâle, exsangue ; il n'y a pas d'affection cardiaque ni pulmonaire, cet état d'anémie est uniquement dû aux hémorragies répétées qui depuis le début de la grossesse n'ont pas cessé de se produire, et qui sont dues à l'insertion du placenta sur la partie postérieure du col et du segment inférieur.

Les jours suivants on trouve tous les matins les pansements vulvaires teintés de sang, cependant sous l'influence du repos il semble que les pertes ont un peu diminué. Ici les pertes ont un caractère particulier, c'est-à-dire qu'elles remontent au début de la grossesse et de plus elles sont accompagnées de douleurs, ce qui n'existe pas dans le placenta prævia ; aussi cette physionomie anormale pourrait-elle d'abord faire éloigner l'idée d'une insertion vicieuse.

Le 19 février. — Pas de modifications du côté du col, le doigt arrive sans peine sur l'œuf. Dans le cul de sac antérieur, on trouve la tête. Dans le postérieur on sent quelque chose de vague, d'épais, et en introduisant de nouveau le doigt dans le col, en le

recourbant en avant, il quitte ces parties épaisses et arrive sur les membranes, il y a là un rebord appréciable. En arrière, au contraire, cette partie devient de plus en plus épaisse et si certains signes ont semblé de prime abord devoir faire éloigner la pensée d'un placenta prævia, le toucher nous en donne tous les signes.

M. le professeur Tarnier croit qu'il s'agit d'un placenta inséré sur la partie postérieure du segment inférieur, dont le bord recouvre l'orifice interne. Quand on comprime la tête extérieurement, elle reste en avant, il semble qu'il y ait quelque chose en arrière qui la repousse.

Dans la nuit du 2 au 3 mars, vers minuit, la malade fut prise d'une hémorrhagie subite que l'on évalue à peu près à 500 grammes de sang. On pratique *immédiatement un premier tamponnement* et comme le pouls était rapide et faible, on fait une injection sous-cutanée d'éther, on donne groogs, champagne frappé et l'on pratique une injection de sérum artificiel. Une élève sage-femme est mise en surveillance auprès de la malade avec mission d'examiner le tampon pour voir s'il ne s'imbibait pas.

Le 3 mars au matin. — L'état général est toujours le même et comme la femme a quelques douleurs expulsives, le tampon est retiré : les bourdonnets que l'on enlève sont absolument étanches. Le col était effacé mais pas encore dilaté. On sentait très bien à nu les cotylédons placentaires. A ce moment l'auscultation était négative.

Un *nouveau tamponnement* est immédiatement fait pour mettre la malade à l'abri de la moindre perte et lui permettre de prendre des forces en vue d'une intervention.

Mais à 1 h. 45, déjà le tampon est teinté de sang, il est retiré à ce moment, la dilatation est de la grandeur d'une pièce de cinq francs, on trouve accumulés 150 grammes de caillots au fond du vagin ; *troisième tampon* qui demeure en place jusqu'à 5 heures du soir. La malade a des douleurs expulsives très fortes, il semble

que les bourdonnets s'imbibent de nouveau. On se décide à intervenir après avoir retiré le tampon, la dilatation était comme une paume de main, les lèvres du col très souples.

Rupture artificielle des membranes, et ballon de Champetier de Ribes qui fut gonflé avec 500 grammes de liquide. Après 15 minutes de tractions continues sur le tube, le ballon tombe dans le vagin.

Version ; l'évolution et l'extraction furent relativement faciles. mais en exerçant des tractions sur le tronc, le placenta apparaît à la vulve et sort avant le fœtus qui pèse 1850 grammes.

Injection intra-utérine à la microcidine et tamponnement du segment inférieur avec de la gaze iodoformée.

Pendant 1 h. 1/2, la nouvelle accouchée fut l'objet des soins les plus minutieux, enveloppement dans des linges chauds, groogs, injections sous-cutanées de sérum artificiel, auto-transfusion, etc., rien n'y fait, la malade périclité, a une syncope et meurt à 7 heures du soir.

A l'autopsie, tous les organes sont anémiés, à l'ouverture de l'utérus on constate que la gaze iodoformée qui était dans le segment inférieur ne porte aucune trace de sang. Le placenta s'insérait en arrière, sur le segment inférieur et sur le col qu'il recouvrait en partie.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Insertion centrale du placenta. Hémorragies de la grossesse et du travail.

Cinq tamponnements successifs. Présentation du sommet non engagée en position OIG transv. Version. Syncope ; mort de la mère et de l'enfant.

La nommée R..., âgée de 31 ans, journalière, est entrée à la Clinique de la rue d'Assas, salle de travail, le 2 août 1891, à 11 h. 30 du matin.

Elle a été réglée pour la première fois à 16 ans, et depuis tous les mois d'une façon très régulière, ses règles lui duraient huit jours environ.

D'une bonne santé habituelle, elle a eu huit grossesses antérieures, dont deux fausses couches, et six à terme qui se sont terminées par des accouchements normaux.

Elle est actuellement enceinte pour la neuvième fois, et dans le cours de son huitième mois, puisqu'elle a eu ses dernières règles du 18 au 25 novembre 1890.

A part quelques vomissements au début et des varices des membres inférieurs, cette dernière grossesse évoluait d'une façon normale, lorsque le 28 juillet 1891, à 9 heures du soir, elle fut prise d'une hémorrhagie subite qui a débuté, au dire de la sage-femme qui lui a donné ses soins, par l'expulsion d'un caillot de la grosseur d'un placenta. Elle n'a pas ressenti à ce moment, de contractions douloureuses.

Malgré des injections vaginales chaudes la perte continue si abondante, qu'un médecin est appelé, et à minuit il pratique un tamponnement avec des bourdonnets d'ouate salolée, qui est laissé en place pendant 18 heures.

Le 1^{er} août, à 9 heures du soir, nouvelle hémorrhagie. Le second tamponnement que l'on a pratiqué est cette fois insuffisant, le sang filtre et au bout de deux heures on le retire. Depuis ce moment, la femme n'a pas cessé de perdre. Et le 2 août, elle entre à la Clinique, déjà profondément anémiée.

A l'examen on constate que le fœtus se présente O.I.G. transversale; la tête est très élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur; auscultation négative. Au toucher, l'excavation est vide, c'est avec peine que le doigt atteint et reconnaît, à travers le cul-de-sac antérieur, le sommet. Le col est dilaté sur une surface à peu près égale à celle d'une pièce de cinq francs. Il est souple, dilatable; dans l'aire de la dilatation, le doigt explorateur ne

trouve que des cotylédons placentaires. Le bassin est normal.

Après une injection vaginale, chaude et prolongée à l'aide d'une solution de permanganate de potasse, on pratique un troisième tamponnement et on entoure la malade de boules d'eau chaude. Le pouls est à 120, et les contractions utérines faibles et espacées. Pendant qu'on appliquait le tampon, la malade a perdu un peu de sang. Il est laissé en place jusqu'à 3 h. 15 et renouvelé à ce moment, par M. Tissier, notre chef de Clinique; celui que l'on retire est étanche, les derniers bourdonnets seulement sont teintés de sang.

La dilatation était alors comme une petite paume de main. Le pouls à 130, dicrote, filiforme. La malade éprouve toujours de légères douleurs, mais deux heures après, son faciès devient cireux, pâle, abdominal, elle est somnolente, la peau sèche, froide, et a des vomissements. On lui fait prendre alors du champagne, respirer de l'oxygène, et on renouvelle ses boules chaudes.

A 7 h. 30 du soir, elle semble se ranimer, le pouls est meilleur, le faciès plus plein; mais ce mieux n'est que passager; le pouls devient intermittent, fuyant et la peau froide; grâce à l'enveloppement dans des alèzes chaudes, la température extérieure s'élève, et la femme peut sommeiller pendant quelques minutes.

Il est 11 heures du soir, M. Tissier fait un cinquième tamponnement, celui que l'on retire est encore sec, on ne trouve au fond du vagin que deux petits caillots de la grosseur de l'ongle. La dilatation est la même, on sent le placenta dans toute l'aire du col. Le cathétérisme ne ramène que 150 grammes d'urine.

Enfin le 3 août, à 2 h. 30 du matin, la femme a quelques contractions utérines assez énergiques, suivies d'efforts expulsifs: le tampon a l'air de s'imbiber de liquide, mais il n'y a pas trace d'écoulement sanguin. Il est retiré étanche.

Comme à ce moment la dilatation était à peu près complète

M. Tissier introduit la main dans le vagin, décolle sur une assez large étendue le placenta en haut et à droite, perfore les membranes sur son bord, saisit le pied droit et l'abaisse doucement jusqu'à la vulve. L'utérus est très contracté ; néanmoins l'évolution et l'extraction se font ensuite sans difficultés, lentement pour éviter une déplétion trop brusque de l'utérus. On a à peine besoin d'avoir recours à la manœuvre de Mauriceau pour extraire la tête dernière. Au moment du dégagement des épaules, le placenta entier a été expulsé à côté du fœtus qui est mort. Pendant toute cette intervention, il ne s'est pas écoulé de sang.

L'utérus qui s'était bien rétracté après une injection intra-utérine chaude, se relâche pendant une heure environ, mais il n'y a qu'un léger suintement de sang. Piqure d'ergotine, ligature des quatre membres avec la bande élastique, etc., après un mieux apparent la femme a une syncope à 8 heures du soir et meurt.

L'enfant du sexe masculin pèse 2500 grammes, légèrement macéré avec début de desquamation épidermique des membres inférieurs.

Le placenta pèse 520 grammes complètement découronné : il a la forme d'un huit dont la petite portion est séparée de la grande par un profond sillon : la petite est plate et foncée, la grande épaisse et pâle. Le cordon s'insère au voisinage du centre de la face fœtale. Les membranes qui sont à part sont complètes.

A l'autopsie on trouve tous les signes d'une insertion totale du placenta entièrement situé au-dessous de l'anneau de Baudl.

Les faits de ce genre sont d'un grand enseignement aussi devons-nous toujours les avoir présents à la mémoire et qu'il s'agisse de l'extraction du fœtus, ou simplement de l'évacuation du liquide amniotique, nous songerons toujours à la possibilité de ces graves accidents.

Dans les cas où les malades seront dans un état d'anémie profonde, le praticien dispose donc dans la rupture artificielle des membranes, d'une arme à double tranchant ; elle peut être hémostatique sans doute, mais en même temps cause de déplétion utérine, c'est comme telle que nous la proscrivons, puisque en l'espèce le liquide qui s'écoule peut être la goutte qui suffit à faire déborder le vase, à produire la syncope fatale. Et même la femme dût-elle échapper à ce terrible accident, nous sommes tout disposés à la rejeter encore puisque chez ces malheureuses débilitées l'utérus, qui suit en cela la loi de tous les muscles, peut demeurer atone, ne pas répondre à l'excitation, à la contraction que l'on cherche à provoquer, on manque le but que l'on poursuit, et l'hémorrhagie continue, on n'a fait qu'aggraver la situation. « La perte, dit Barnes (1), « diminue la force vitale, la force contractile s'écoule avec le sang, il faut assister la nature et suppléer à son impuissance ».

C'est à ce sage précepte que nous nous rallions et c'est au tampon encore que nous nous adresserons ; il nous permet de disposer d'un temps précieux pendant lequel nous devons chercher par tous les moyens appropriés à remonter l'organisme de la malade et lui donner des forces pour supporter le choc de l'accouchement.

1. R. Barnes. *Loc. cit.*, p. 390.



CHAPITRE V

MANUEL OPÉRATOIRE — OBJECTIONS — QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'EXTRACTION, LA DÉLIVRANCE, LES SUITES DE COUCHES ET LE TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Nous allons dans ce dernier chapitre nous occuper d'abord du manuel opératoire, nous répondrons ensuite à une série de questions qui comportent avec elles certaines objections faites à la rupture artificielle des membranes et nous terminerons enfin par quelques considérations générales qui nous semblent être d'une importance capitale pour mener à bonne fin la terminaison de l'accouchement et mettre la parturiente à l'abri des dangers qui l'attendent encore.

1° MANUEL OPÉRATOIRE. — Comment doit-on s'y prendre pour rompre largement les membranes ?

Le *modus faciendi* sera en somme assez simple, puisque nous n'avons admis, dans le cours de ce travail, la rupture des membranes que dans les cas où

ces dernières sont en somme facilement accessibles ; nous n'aurons donc pas à compter avec de bien grandes difficultés pour les atteindre. Cependant le manuel opératoire comporte en lui-même une foule de précautions et de particularités d'où dépend en partie le succès de l'opération.

A moins que l'état général ne le contre-indique, auquel cas elle demeurerait dans la situation qu'elle occupe déjà, la parturiente sera, toujours avec le plus grand soin, mise en travers du lit afin de rendre l'intervention plus facile. Inutile de dire qu'ici l'antisepsie la plus rigoureuse est de première, nécessité. Le vagin sera d'abord débarrassé de tous les caillots qu'il contient et comme il peut y en avoir de déjà anciens qui dans ce milieu éminemment favorable ont pu déjà subir un commencement de putréfaction, on donnera une injection vaginale prolongée avec un des agents antiseptiques les plus usités, biiodure de mercure ou iode métallique ; la solution devra être portée à la température de 48° à 50° centigrades ; en même temps qu'elle est antiseptique, elle est à cette température un agent précieux d'hémostase.

Cela fait, l'accoucheur introduira un ou deux doigts dans le vagin et au besoin, la main entière : il explorera avec le plus grand soin l'aire de la dilatation, le segment inférieur, pour acquérir des notions exactes sur la topographie placentaire. Après cet examen préalable, il rompra les membranes dans le point où elles sont le plus accessibles ; puis à

l'aide du doigt qui a pénétré dans la cavité amniotique, par un mouvement de va et vient dirigé d'avant en arrière ou transversalement, selon le point précis occupé par le placenta, il les déchirera largement et parallèlement autant que possible au rebord de cet organe. Il pourrait encore introduire deux doigts dans l'œuf et les écarter ensuite; mais condition capitale il faut déchirer les membranes sur la plus large étendue possible, afin de supprimer toute nouvelle traction exercée par leur intermédiaire sur le gâteau placentaire.

Et sans retirer la main, qui doit au contraire demeurer en place dans le vagin ou à la vulve qu'elle obturera en partie, l'accoucheur laissera s'écouler le liquide amniotique lentement, avec les mêmes précautions que l'on prend pour l'évacuer dans les cas d'hydramnios, qui peuvent du reste compliquer l'insertion vicieuse du placenta (Obs. XV et XVI) et comme le cordon s'insère bas, il ne faudra pas perdre de vue qu'une anse de la tige funiculaire peut se trouver tout naturellement sollicitée à tomber dans le vagin, ce qui compliquerait encore la situation. C'est donc en s'entourant de ces précautions que l'on évitera le collapsus *a vacuo* et la proéminence du cordon.

Les membranes sont souvent épaisses et résistantes, et elles le sont d'autant plus que l'on se rapproche davantage du placenta, aussi éprouve-t-on parfois une certaine difficulté à les rompre. Dans ces cas si l'on ne réussit pas avec le doigt, on se servira

d'un perce-membranes, en clientèle, d'une aiguille à tricoter rendue parfaitement aseptique, d'une pince à pansement, etc., et l'orifice fait, on l'agrandira avec le doigt comme nous venons de l'indiquer.

Il est encore une autre précaution sur laquelle nous tenons à attirer l'attention. Quand le placenta se trouve inséré sur le segment inférieur de l'utérus, cet organe est déformé par la présence du gâteau placentaire, de sorte que les lois de l'accommodation ne sont plus observées : de plus cette masse maintient la présentation élevée, aussi la partie fœtale est-elle invitée à glisser dans l'une des fosses iliaques et cette tendance sera d'autant plus marquée que l'on a le plus souvent affaire pour cette anomalie de la grossesse à des multipares, c'est-à-dire des femmes qui ont des parois lâches sans tonicité. Si nous ajoutons enfin que le fœtus peut être petit, ou parce qu'il n'est pas encore à terme, ou bien parce que son champ d'hématose a été progressivement réduit par une série d'hémorrhagie, nous comprendrons pourquoi peuvent être fréquentes les présentations vicieuses, et combien avec une présentation favorable, nous devons être parés contre l'éventualité d'une mutation au moment de l'évacuation du liquide et pour cela il est nécessaire de fixer la tête au moment de notre intervention. Enfin par des frictions extra-abdominales on sollicitera l'utérus à se contracter ; grâce à l'intermédiaire des contractions, la partie fœtale descendra dans

l'excavation et jouera à son tour le rôle hémostatique que nous avons déjà étudié.

2° OBJECTIONS. — La rupture artificielle des membranes a été l'objet de nombreuses critiques, les unes fondées sans doute, les autres purement gratuites il faut l'avouer. Nous ne nous arrêterons pas à toutes les objections qui ont été formulées sur l'emploi de cette méthode, nous avons déjà répondu à nombre d'entre elles en discutant les indications, nous n'y reviendrons donc pas ici. Et pour le dire de suite, elles sont pour la plupart passibles d'un même reproche : c'est que dans la majorité des faits cliniques malheureux qui ont été mis à son actif, on ne s'est pas d'abord assez pénétré de ses indications précises, ou bien l'on a été trop exclusif ; on a attendu d'un procédé plus qu'il ne pouvait donner. C'était méconnaître du même coup et la pathogénie de l'hémorragie et le mécanisme de l'hémostase avec la part qui en revient à la rupture des membranes.

On a d'abord reproché à cette méthode de *rendre la version impossible, ou du moins difficile dans les cas où l'on aurait ultérieurement à la pratiquer*. Nous ne nions pas le fait ; mais nous ne croyons pas devoir lui donner toute l'importance qu'il paraît avoir de prime abord, car il ne faut pas assimiler les cas d'accouchements avec insertion vicieuse du placenta aux accouchements normaux. Il faut au contraire bien distinguer ici et se deman-

der pourquoi l'on intervient? parce que l'hémorrhagie continue : mais si la perte persiste, c'est que la partie fœtale n'a pu s'engager dans l'excavation, jouer le rôle de tampon, en supposant bien entendu la filière pelvienne normale. C'est encore que l'on a affaire à un utérus paresseux, atone, qui ne se contracte qu'imparfaitement et qui, par conséquent, n'opposera pas une bien grande résistance à l'évolution du fœtus.

Ouvrir l'œuf, ont fait remarquer certains accoucheurs, *c'est ouvrir une porte aux germes infectieux*. Cette objection est parfaitement juste avec un fœtus qui a déjà succombé dans la cavité utérine, ou qui y est à tout instant exposé, surtout avec un col qui n'est pas encore préparé pour l'accouchement et un travail qui marche lentement tandis que les accidents septiques, eux, apparaissent avec une rapidité souvent étonnante (témoin l'observation XIII). Ce sont précisément ces raisons qui nous ont fait repousser la rupture des membranes pendant la grossesse et si nous avons insisté sur la nécessité d'un travail franchement déclaré, quoique cette condition soit déjà requise pour assurer l'hémostase, c'est aussi en vue d'éviter ces graves accidents et de rendre plus facile toute intervention dans les cas où il y aurait nécessité absolue à délivrer la mère.

C'est encore, a-t-on dit, *ouvrir au sang une large voie qui transforme l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, surtout si l'on veut ultérieu-*

ment appliquer un tampon. Quoique cette crainte de l'hémorrhagie interne ait été mise à l'actif du tamponnement, qui changerait ainsi le caractère de l'écoulement sans l'améliorer, elle s'adresse du même coup à la rupture des membranes. Ce reproche qui semble en effet très séduisant de prime abord, a été remarquablement réfuté par un certain nombre d'accoucheurs et principalement par Bailly. « C'est là une erreur considérable, affirme-t-il (1), « une erreur funeste qui a fait bien des victimes « et contre laquelle on ne peut trop s'élever ». L'autorité de Jacquemier vient encore étayer ce que nous énonçons. « Quoique le tampon puisse convenir, dit-il (2), on lui préfère la rupture des membranes, sauf à tamponner après si l'hémorrhagie persiste, car l'écoulement du liquide ne contre-indique pas le tampon. » On conçoit fort bien que le fait pourrait avoir lieu, à la rigueur, avec un utérus mou, inerte, et une présentation vicieuse qui ne s'adapte pas exactement ; ce qui répond encore à ce que nous avons énoncé déjà dans le cours de notre travail en insistant sur la nécessité d'une bonne présentation. Si nous consultons encore les résultats cliniques fournis par les auteurs, on voit que ce reproche est enfin sinon théorique, du moins très exagéré, puisque le D^r Auvard, pour ne citer que lui, n'a pu dans ses nombreuses observations en relater un seul cas.

Enfin on a révoqué en doute l'action hémostatique

1. *Bulletin de thérapeutique*, 1876, T. 91, p. 352.

2. Jacquemier. *Loc. cit*, p. 268.

que de la rupture des membranes et on l'a taxée d'*insuffisante* puisque l'hémorrhagie peut continuer ou paraître à ce moment. Müller dans sa statistique dit qu'elle n'a été réellement efficace que dans la moitié des cas, mais il ne donne aucune indication, aucun détail sur les faits qu'il rapporte. Nous pouvons du reste opposer aux chiffres de Muller les résultats de la riche statistique de la Maternité (1), qui démontrent qu'elle a pu tarir l'écoulement 14 fois sur 16 cas, et encore faut-il noter que dans l'un des cas où elle a été insuffisante, l'hémorrhagie était cependant moins considérable et dans l'autre, la partie foetale ne s'engagea pas : les contractions utérines étaient faibles et l'hémorrhagie tarit dès qu'elles se furent réveillées, ce qui confirme encore les conditions spéciales qu'elle requiert pour bien réussir.

Il en est de même de l'opinion de Bailly à laquelle nous ne saurions nous associer pleinement. Voici ce qu'il dit (2) : « J'ai présent à l'esprit le souvenir de trop de femmes chez qui les membranes avaient été artificiellement ouvertes dans la période de dilatation du col et qui cependant ont continué à perdre abondamment, de manière à exiger ultérieurement l'emploi du tampon pour n'accorder aucune confiance à une pratique qui ne saurait prévenir un décollement plus étendu du placenta et par conséquent de nouvelles hémor-

1. Auvar. *Loc. cit.*, p. 82.

2. Bailly. *Loc. cit.*, p. 351.

« rhagies pendant le travail ». Certainement oui, il est des cas où l'hémorrhagie continue pendant la période d'expulsion, mais il ne s'agit plus ici de tiraillements; c'est la partie fœtale qui repousse au-devant d'elle le placenta et le décolle, la faute n'en est donc pas au procédé. Que lui demandons-nous? d'éviter de nouveaux décollements dus aux tiraillements que subit le placenta, rien de plus; elle ne peut rien sur le décollement déjà opéré, c'est au rôle tamponnant de la partie fœtale que nous nous adressons pour cela; rien encore sur les décollements ultérieurs que peut produire cette dernière au moment du travail. Cela vient étayer encore les indications que nous avons longuement examinées et ce que nous avons déjà dit: à savoir, qu'il ne peut y avoir un procédé unique, ils se suppléent, et souvent même se combinent. Il faut donc savoir être éclectique et les employer à propos. Enfin il faut l'avouer aussi, on a des surprises cliniques et dans ces derniers cas quelle sera la ligne de conduite du praticien, c'est ce que nous allons examiner rapidement.

Que demeure-t-il si l'on ne réussit pas? Nul doute que si la dilatation est suffisante, et si rien ne la contre indique, l'extraction du fœtus s'impose. Avec une tête engagée, bien fixée et des contractions utérines énergiques, nous aurons recours au tamponnement; dans le cas contraire, c'est à la dilatation rapide de Barnes à l'aide des sacs violons, ou à la série des ballons de Champetier de Ribes introduits dans la

cavité utérine que nous nous adresserons. Grâce à leur volume et à leur forme, l'hémorrhagie s'arrêtera par pression directe sur les vaisseaux déchirés et comme l'appareil peut se développer sur tout le segment inférieur, le placenta sera refoulé latéralement; le ballon dilaté exercera une double pression, l'une de haut en bas, l'autre dans le sens transversal, il suppléera ainsi au rôle tamponnant de la partie fœtale et dès qu'il tombera dans le vagin, il aura préparé une voie large pour l'extraction du fœtus ou l'expulsion spontanée si les contractions sont suffisantes.

Ici se borne le cadre que nous nous sommes tracé à savoir, prendre une méthode qui a fait ses preuves de par les résultats statistiques déjà connus et d'en formuler nettement les indications. Nous avons essayé de reprendre en sous œuvre, de cataloguer, dans un tableau synoptique répondant au plan de nos indications, les nombreuses observations qui ont servi de base pour établir une statistique en bloc. Malheureusement elles manquent pour la plupart de détails bien précis, aussi avons-nous été obligé d'y renoncer à regret à cause des nombreuses cases vides que nous obtenions.

Pour être complet cependant et pour terminer il nous paraît intéressant, quoiqu'elles rentrent dans le traitement du placenta prævia en général, d'insister sur certaines particularités concernant l'extraction, la délivrance, les suites de couches, etc.

a. Extraction. — Quelque procédé que l'on

emploie pour extraire le fœtus quand il y a lieu d'intervenir, que ce soit la version, le forceps, ou autre, on agira toujours lentement, doucement, sans trop se préoccuper de la vie de l'enfant : « On « doit avoir surtout en vue de ne pas vider l'utérus « trop vite, recommande M. Maygrier (1), d'éviter « par dessus tout cette décompression qui peut « amener la mort subite dans un organisme déjà si « affaibli ». On évitera encore en agissant doucement, les déchirures du col si fréquentes en pareil cas. L'extraction lente n'est donc pas ici une proposition théorique.

b. Délivrance. — Enfin, l'extraction du fœtus terminée, la délivrance sera de la part de l'accoucheur l'objet d'une surveillance toute particulière. Dans la majorité des cas sans doute le placenta en partie décollé est expulsé sans retard ; mais il faut savoir que les choses ne se passent pas d'une façon aussi régulière qu'après un accouchement normal et que souvent la délivrance artificielle s'impose comme l'ont démontré les travaux d'Obermann (2) et de Nordmann (3).

D'abord à cause des adhérences anormales parfois fort étendues, comme en témoigne l'observation de M. Budin (voir obs. XII), si riche en enseignements ou bien parceque la perte continue.

1. Maygrier. *Loc. cit.*, p. 166.

2. *Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta prævia.* Arch. f. Gyn. Bd. XXXIII, 1888, p. 128.

3. *Zur Statistik und Therapie der Placenta prævia.* Ibid. p. 147.

Et ici l'hémorrhagie peut avoir diverses causes : l'inertie utérine qu'il faut toujours prévoir chez des femmes déjà profondément débilitées ou bien le sang peut encore provenir de déchirures du col fréquentes dans les cas d'insertion vicieuse, ou enfin, et, nous ne saurions trop attirer l'attention sur cette dernière particularité, des orifices veineux béants du segment inférieur sur lequel était implanté le placenta. Malgré la bonne contraction du fond de l'organe l'hémorrhagie continue dans ces cas par suite de la disparition de l'élément noble, contractile, dans le segment inférieur et du développement considérable des vaisseaux (obs. XII). Mme Lachapelle (1) a rapporté sur ce sujet de très intéressantes observations.

Si donc la délivrance tardait à se faire, ou si la femme continuait à perdre, il faudrait sur le champ évacuer le contenu de l'utérus en procédant toujours avec la même douceur que pour l'extraction de l'enfant ; la moindre hésitation serait en l'espèce funeste pour la malade. Il faut hardiment introduire la main dans la cavité utérine, la débarrasser du délivre et la vider des caillots qu'elle contient ; le contact de la main sur les parois de la matrice rappelleront les contractions que l'on excitera encore en donnant une injection intra-utérine prolongée avec une solution antiseptique à 50° à l'aide d'une sonde à double courant. Ce procédé que nous avons vu employer en maintes circonstan-

1. *Pratique des accouchements*, etc. Paris 1825, t. II, p. 416 et 459.

ces est souverain. S'il y avait une déchirure du col on ferait le tamponnement du segment inférieur à l'aide de bourdonnets de gaze iodoformée.

c. — Emploi du chloroforme. — Qu'il s'agisse d'extraction ou d'une intervention toute autre devons-nous donner du chloroforme ? Si comme l'a démontré Campbell (1), et comme y insiste M. Budin dans ses Leçons de Clinique, les femmes enceintes jouissent d'une grande tolérance à son égard, il n'en est pas de même chez les malades qui nous intéressent. « Chez les femmes débilitées par
« les pertes de sang, dit M. Maygrier (2), qui a bien
« fait ressortir les dangers de la chloroformisation
« dans ces cas, les contractions utérines sont géné-
« ralement faibles ; le cerveau n'est plus à chaque
« effort irrigué aussi abondamment, et le chloro-
« forme en augmentant l'anémie cérébrale préexis-
« tante, peut alors provoquer des accidents synco-
« paux », et il cite à l'appui, deux observations du plus haut intérêt.

Nous proscrivons donc en principe l'administration du chloroforme chez les femmes qui ont eu des hémorrhagies ; si cependant, l'état général le permettait, ce serait avec énormément de prudence et de parcimonie que nous userions de cet agent anesthésique.

d. — Suites de couches. — Elles peuvent être plus graves qu'après un accouchement normal. Si la

1. *Considérations sur l'anesthésie obstétricale.* Paris, 1877, p. 118.

2. Maygrier. *Loc. cit.*, p. 158.

femme a surmonté tous les dangers du travail ceux de la septicémie l'attendent encore. Les hémorrhagies ont plongé ces malheureuses dans un état de résistance vitale tellement minime qu'elles deviennent un terrain des plus propices pour le développement des micro-organismes pathogènes; aussi, de part cet état de réceptivité, les accidents septiques évoluent-ils chez elles avec une gravité et une rapidité souvent surprenante. Au bout de quelques heures à peine, quand l'œuf a été ouvert et que le fœtus a succombé, on peut observer déjà des phénomènes de putréfaction fœtale, témoin l'observation de M. Budin que nous avons relatée plus haut (Obs. XII). Tout dernièrement encore, nous avons pour notre compte eu le triste privilège d'enregistrer un de ces cas que nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici.

OBSERVATION XX (personnelle).

Placenta partiel. Hémorrhagie de la grossesse. Rupture prématurée spontanée des membranes. Putréfaction du liquide amniotique, physométrie rapide. Accouchement naturel. Enfant mort. Mère morte.

Alexandrine B..., âgée de 37 ans, repasseuse, entre à la Clinique le 1^{er} novembre 1893. Habituellement bien portante, elle est actuellement enceinte pour la dixième fois, toutes ses grossesses antérieures se sont terminées normalement et à terme.

Elle a marché à 2 ans et a été réglée pour la première fois à 14 ans : ses règles très régulières, peu abondantes, durent de trois à quatre jours ; elle a eu ses dernières règles du 28 au 30 janvier, elle est donc actuellement à terme.

A part quelques vomissements et des migraines au début, cette grossesse a été très bonne. Les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le milieu du mois de juin 1893.

Le mardi 24 octobre, le matin en se levant, elle a été prise d'une hémorrhagie subite, sans douleurs, avec expulsion de gros caillots que la malade évalue à un demi litre environ. Cette perte a continué moins abondante cependant jusqu'au lendemain, c'est à ce moment que les membranes se sont spontanément rompues.

Le 27. — Nouvelle hémorrhagie aussi abondante que la première et comme elle ne cessait pas de perdre du sang noirâtre, elle envoie chercher une sage-femme qui prescrit le repos absolu au lit.

Deux jours après au milieu de la nuit la malade est subitement inondée dans son lit, le sang s'échappait à flot par les organes génitaux et en quantité bien plus considérable que précédemment. Un médecin après avoir ordonné une potion à prendre avec une poudre (?) lui conseille d'entrer d'urgence dans un service d'hôpital.

C'est le 1^{er} novembre qu'elle a été admise à la Clinique dans un état d'anémie déjà très prononcé.

C'est après cette perte à 4 heures du matin qu'elle a commencé à ressentir les premières douleurs.

Au moment de son admission nous avons constaté que le fœtus se présentait par le sommet en position OIGA élevée, les doubles battements fœtaux étaient bons et réguliers, mais un peu soufflants.

Au toucher, l'excavation est vide, le vagin plein de caillots. Le col est effacé et dilaté à peine comme une pièce de 0,50 centimètres : le doigt tombe sur un cotylédon placentaire qui recouvre cet orifice : immédiatement à côté il trouve les membranes épaisses, rugueuses. Les lèvres du col sont souples. Il est difficile de

bien explorer les culs-de-sac à cause de l'élévation de la partie foetale, ils semblent cependant plus épais en arrière et droite.

Le bassin est normal. Après avoir fait une toilette vulvaire et donné une injection antiseptique prolongée on constate que le liquide amniotique qui s'écoule tache le linge en vert.

A 11 heures du matin la malade perdait un peu, et les contractions étaient assez soutenues. Comme les membranes étaient déjà rompues depuis le 25 octobre, mais sur un point évidemment trop limité puisqu'on les trouve encore à côté du placenta, on les déchire de nouveau d'abord avec un perce-membranes et puis avec les doigts, index et médus que l'on écarte pour les rompre largement. La partie foetale est toujours élevée, *l'utérus sonore à la percussion*, bien que les battements foetaux s'entendent encore, il y a donc de la physométrie qui s'est produite aux dépens de la putréfaction du liquide amniotique.

Traitement général reconstituant car la malade, le faciès pâle, est dans un état d'anémie profonde et antiseptie la plus rigoureuse. Les pansements vulvaires étaient parfois légèrement teintés de sang mais la malade ne perd plus. Les douleurs continuent.

Le 2 novembre à 9 h. 15 du soir. — Elle entre à la salle de travail avec une dilatation à peu près complète, une partie foetale profondément engagée : à ce moment elle expulse un caillot de la grosseur du poing et dix minutes après elle accouchait sans incident d'une fille morte qui pesait 3150 grammes. Derrière l'enfant s'échappent par les organes génitaux et en grande quantité des gaz fétides et un flot de liquide amniotique fortement teinté de méconium très dilué.

La délivrance naturelle s'est faite à 9 h. 55 sans la moindre perte de sang. On donne une injection intra-utérine prolongée.

Température après l'accouchement 38°,1. A 11 heures du soir la malade est prise d'un violent frisson la température qui à ce moment était de 38°,6 monte à 39°,5 à minuit.

Le placenta qui pèse 600 grammes est bilobé, séparé en deux parties par un pont membraneux. Toute la partie située au voisinage des cotylédons décollés, est dure, sclérosée plus ou moins comparable comme consistance à du cuir. Ailleurs il est bien normal.

Insertion marginale du cordon qui est très gras.

Malgré les efforts les mieux dirigés, l'état général de la malade empire de jour en jour et elle succombe le 7 novembre.

A l'autopsie on trouve les traces de l'insertion partielle du placenta. Tous les organes sont anémiés mais sains. *Le foie augmenté de volume est pâle, il crépite, surnage comme le tissu pulmonaire, et laisse, sur une coupe, échapper des quantités de bulles de gaz horriblement fétides.* Cette pièce a été l'objet d'une intéressante communication faite, par notre chef de clinique M. Démelin et M. Letienne du laboratoire de la Clinique, à la Société anatomique.

D'un autre côté l'antisepsie la plus minutieuse s'impose avec d'autant plus de rigueur que les accidents septiques peuvent avoir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta une origine toute autre que celle que nous venons d'examiner. C'est-à-dire, avec un œuf intact, la putréfaction des caillots qui se trouvent entre le segment inférieur et le placenta en communication directe par conséquent avec le vagin et où ils séjournent souvent depuis longtemps déjà; car les femmes sont pour la plupart et surtout dans certaines conditions sociales, négligentes d'elles mêmes, aveugles sur le danger qui les attend, négligentes par conséquent pour réclamer un secours qui malheureusement, nous le

voyons dans nos milieux hospitaliers, arrive trop tard.

e. — Traitement général. — Enfin le traitement général bien dirigé sera d'un puissant secours. Le plus grand calme devra régner autour de la malade qu'on évitera de fatiguer ; les moindres mouvements, les moindres efforts seront défendus ; elle devra demeurer dans le décubitus dorsal, la tête basse et même dans la position inclinée de Tredelemburg.

On cherchera par tous les moyens appropriés à relever les forces de la nouvelle accouchée ; les boissons acidulées et stimulantes, l'alcool sous forme de groog ou de potion, le Champagne etc., seront ici bien indiqués. Les injections sous-cutanées de caféine et d'éther aux doses prescrites, seront un bon excitant au quel on aura encore recours.

L'accoucheur devra avoir en outre la double sollicitude de remédier à la quantité de la masse sanguine et de suppléer sa qualité. Les injections de sérum artificiel, ou ce qui est plus simple, l'auto-transfusion selon le procédé de Pouff, chaque membre inférieur faisant refluer vers les centres nerveux 125 à 150 gr. de sang en moyenne : ou bien l'élévation des membranes, rempliront la première indication ; on aura recours par la seconde aux inhalations d'oxygène.

Enfin la chaleur intus et extra, boissons chaudes, enveloppement dans des couvertures chaudes, boules d'eau chaude, etc. On joindra à cela la compression utérine extra-abdominale.

Les compresses d'eau chaude, ou les sinapismes sur la région précordiale, la flagellation, la respiration artificielle, les excitants cutanés et frictions, etc., s'adresseront à la syncope.

C'est en se conformant à cette ligne de conduite que l'accoucheur mènera à bonne fin une tâche si rude pour lui; sans doute il est des cas où il demeure encore impuissant malgré le traitement et les soins les mieux dirigés, mais, qu'il le sache bien, il n'est pas désarmé, il dispose au contraire d'armes excellentes dont il doit apprendre à se servir et surtout à en user à propos. Le but de notre modeste travail a été de chercher à le bien établir pour la rupture artificielle des membranes, dont nous résumerons les indications dans quelques propositions qui vont suivre.





CONCLUSIONS

1° La rupture artificielle des membranes est un procédé d'hémostase qui, théoriquement, répond bien à la pathogénie de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.

2° Cette méthode sera nettement indiquée quand, chez une femme enceinte, se trouveront bien réunies les conditions suivantes :

a. — Une présentation favorable, et que rien ne s'oppose à l'engagement de la partie fœtale ;

b. — Insertion latérale, marginale ou margino-partielle du placenta ;

c. — Un enfant vivant ;

d. — Du côté de la mère encore, un état général tel, que l'on n'ait pas à redouter une syncope à *vacuo* ;

e. — Enfin un travail franchement déclaré avec une dilatation suffisante de l'orifice utérin.

3° Dans d'autres cas cette méthode peut encore rendre des services, mais ses indications seront plus discutables, ses résultats moins certains ou même

dangereux ; aussi lui préférons-nous un tout autre procédé, en donnant la priorité à la méthode de dilatation rapide de Barnes-Murphy, ou bien au tamponnement antiseptique du vagin, qui de tous, est celui qui nous semble le mieux cadrer avec la majorité des faits cliniques.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

On trouvera dans la plupart des auteurs que nous allons citer les indications complémentaires concernant la riche bibliographie de l'insertion vicieuse du placenta et de son traitement.

Auvard (A.). — De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Bailly. — Bulletin de thérapeutique, 1876, t. XCI.

Barnes (R.). — Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies. Trad. sur la 2^e éd. anglaise par Cordes. Paris, 1873.

Baudelocque (J. L.). — Art des accouchements. Paris, 1822.

— Mémoire sur les hémorrhagies utérines. Recueil périodique de médecine, t. III.

— Traité des hémorrhagies de l'utérus. Paris, 1831.

Behm (C.). — Die Combinirte Wendung bei Placenta prævia, Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. Bd. IX, 1883.

Bitot (P.). — Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Th. Doctorat. Paris, 1880.

Boivin (M^{me}). — Mémorial de l'art des accouchements, 4^e éd. Paris, 1844.

- Budin (P.).** — Leçons de cliniques obstétricales. Paris, 1888.
- Hémorrhagies causées par la rupture du sinus circulaire (Com. à la Société obst. et gyn. de Paris, séance de juin 1893). Ann. de gyn. et d'obst., t. XL, août 1893.
- Bunsen.** — Neue Zeitschrift für Geburtskunde, vol. XVII 1839.
- Braxton-Hicks.** — On Combined external and internal version, Trans. of the obst. Soc. of London, 4 nov. 1863, vol. V.
- Obstetrical transactions. London, 1864, p. 223.
- Burns (M.).** — Traité des accouchements et des maladies des femmes et des enfants. Trad. sur la 9^e éd. anglaise, par Galliot. Paris, 1855.
- Champbell.** — Considérations sur l'anesthésie obstétricale. Paris, 1877, p. 118.
- Capuron (J.).** — Cours théorique et pratique d'accouchements, 3^e éd. Paris, 1823, 3^e partie, ch. I.
- Cazeaux.** — De l'hémorrhagie tociq. Thèse de Paris, 1835.
- Traité d'accouchements, revu par Tarnier. Paris, 1867.
- Chambon.** — Maladie de la grossesse et des femmes en couches, 2^e éd. t. IV, ch. LX. Paris, an VII.
- Chantreuil.** — Cliniques obstétricales de Simpson (Traduction), 1874.
- Hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. France médicale. Paris, 1879.
- Charles (N.).** Journal d'accouchement et revue de médecine et de chirurgie pratique. Liège, n^o 17, 14 sept. 1893.
- Charpentier.** — Leçons sur les hémorrhagies puerpérales faites à la Faculté de Médecine de Paris. Archives de tocologie, 1874.
- Chassagny.** — Nouveaux moyens hémostatiques avant et après l'accouchement, compliqué d'insertion vicieuse sur le col. Paris, 1868.

- Insertion vicieuse du placenta. Double ballon hémostatique. France médicale. Paris, 1879.
- Appareil elytro-ptyergoïde, dilatation du col, hémostasè, ocytocie. Paris, 1882.
- Cohen.** — Mon. f. Geb. X, 1855.
- De La Motte.** — Traité complet des accouchements naturels, non naturels, et contre nature. Paris, 1829.
- Delore.** — Sur un cas de rétention placentaire, après la mort du fœtus, pendant 109 jours, suivie d'hémorrhagie. Ann. de gyn. 1882, vol. XVIII.
- Démelin.** — De l'insertion vicieuse du placenta dite complète (insertion totale), (com. à la Société d'obst. de France. Séance de juin). Annales de gyn. et d'obst. XL, 1893, p. 47.
- Le placenta prævia total (mémoire en préparation).
- Duncan-Stewart.** — Traité sur les hémorrhagies utérines. Londres, 1816. Trad. de l'anglais par M^{me} Boivin, Paris, 1818.
- Denman.** — Essai sur les hémorrhagies utérines. Londres, 1786.
- Depaul.** — Mémoire sur les hémorrhagies qui tiennent à l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Mémoires de l'Acad. de médecine, 1852.
- Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872-1876.
- Insertion centrale du placenta. Journal des sages-femmes. Paris, 1879, VII, p. 313.
- Insertion vicieuse du placenta; rupture prématurée des membranes. Ibid., p. 321.
- Insertion vicieuse du placenta; rupture des membranes; tampon. Ibid., 1883, XIII, p. 337.
- Deventer.** — Observations importantes sur le manuel des accouchements, 1734.
- Dionis.** — Traité d'accouchements, 1718.

- Dubois.** — Gazette des hôpitaux, 1838-1857-1841-1854.
- Dumas.** — Nouvelles considérations sur la dilatation præfoetale de la vulve; formation et rupture de la poche des eaux. Montpellier, 1885.
- Duncan** (Matthews). — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta. Trad. par P. Budin. Paris, 1876.
- Dylion** (B.) M^{lle}. — De l'insertion vicieuse du placenta (Essai de clinique thérapeutique). Thèse de doctorat. Paris, 1890.
- Gaillard** (Th.). — American practition. New-York, mai 1877.
- Gardien.** — Traité complet d'accouchements et des maladies des filles, des femmes et des enfants, 3^e éd. Paris, 1824, t. II.
- Garipuy.** — Thèse de Paris, 1878.
- Gendrin.** — Traité philosophique de médecine pratique, 1839.
- Greenhalgh.** — Sur le traitement du placenta prævia. London, obst. Trans. VI, 1865.
- Gueniot.** — Leçons faites à l'hôpital des Cliniques, 1873.
- Guillemeau.** — L'heureux accouchement des femmes. Paris, 1609.
- Guillemot.** — Sur les hémorrhagies utérines. Archives générales de médecine, 1829.
- Hofmeier.** — Zur Behandlung der Placenta prævia. Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. Bd VIII. Stuttgart, 1882.
- Hubert de Louvain.** — De l'emploi des vessies animales en obstétrique et gynécologie, 1888.
- Hyernaux** (L.). — Traité pratique de l'art des accouchements, Bruxelles, 1866.
- Ingleby.** — Traité des hémorrhagies utérines. Londres, 1832.
- Jacquemier** (J.). — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1846.

- Joulin.** — Traité d'accouchements, 1867.
- Jouve.** — Traitement des hémorrhagies utérines. Paris, thèse de doctorat, 1892.
- Jüdel.** — Ueber placenta prævia. Arch. f. gyn. Bd. VI, 1874.
- Kaltenbach.** — Zur Pathogenese der Placenta prævia. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XVIII, 1890.
- King.** — Statistics of placenta prævia. The Amer J. of obs., octobre, 1880, vol. XIII.
- Kristeller.** — Sur le placenta prævia. Monat. f. Geb. XXV, 1865.
- Kücher.** — Wiener med. Presse, 1880.
- Lacaille.** — De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. Thèse de doct. Paris, 1883.
- Lachapelle (M^{me}).** — Pratique des accouchements, etc. Paris, 1825.
- Laskine.** — Essai sur la version bipolaire. Thèse de doct., Paris, 1890.
- Lée (R.).** — Sur les hémorrhagies dans les cas de placenta prævia. Med. times and gaz., 1858.
- Leroux.** — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, etc. Dijon, 1810.
- Leroy.** — Leçons sur les hémorrhagies pendant la grossesse et l'accouchement. Paris, 1801.
- Levret (A.).** — L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique, 3^e éd. Paris, 1776.
- Lomer (R.).** — On combined turning in the treat. of placenta prævia. Amer J. of obst., décemb. 1884, vol XVII.
- Lordat.** — Traité des hémorrhagies. Paris, 1808.
- Mattei (A.).** — Clinique obstétricale ou recueil d'observations et statistiques. Paris, 1871.

- Mauriceau (F.).** — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 7^e éd. Paris, 1740.
- Maygrier (Ch.).** Leçons de clinique obstétricale (recueillies par le D^r Démelin, chef de clinique de la Faculté (Revue par l'auteur). Paris, 1893.
- Millot.** — Observations sur les hémorrhagies. Paris, 1798.
- Moreau (J. F.).** — Traité des accouchements. Paris, 1841.
- Moutet.** — De l'influence de la mort du fœtus dans la cessation des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta. Mon. des hôpitaux, 1868.
- Müller.** — Placenta prævia. Thèse de Stuttgart, 1877.
- Murphy (J.).** — The Treat. of placenta prævia. Newcastle, 1885.
- Trans. of the Northumberland and Durham medical Society, 1885.
- Nordmann.** — Zur Statistik und Therapie der Placenta prævia. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIII, 1888, p. 147.
- Obermann.** — Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta prævia. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIII, 1888, p. 128.
- Pajot.** — Gazette des hôpitaux, 1862. n^{os} 16, 116, 119.
- Insertion vicieuse du placenta ; rétrécissement du bassin ; rupture de l'utérus. Journal des sages-femmes. Paris, 1884, VI, p. 9, et Annales de gyn. 1884, XXI, p. 195.
- Pandelle.** — De l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia quand le fœtus est mort et macéré. Thèse de doct. Paris, 1886.
- Pasta (A.).** — Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes et des accidents relatifs aux flux de l'utérus qui succèdent à l'accouchement. Traduit de l'Italien par J. L. Alibert. Paris, an VIII, t. I.
- Peu.** — Pratique des accouchements, 1694.

- Pinard (A.).** — Traité du palper abdominal. Paris, 1878, p. 202.
- De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Ann. de gyn. 1886.
 - Leçons de clinique sur le traitement de l'insertion vicieuse du placenta. Écho médical, juillet et août 1888.
 - Leçons faites à la clinique Baudelocque. Union médicale du 3 juillet 1890.
- Playfair (W. S.).** — Traité théorique et pratique de l'art. des accouchements, 2^e éd, 1878. Traduction de l'anglais par Vermeil, 1879.
- Pluyette.** — Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta. Thèse de doct. Paris, 1883.
- Polaillon.** — Société de chirurgie. Mai 1882.
- Poppel.** — Monat. f. Geb. Bd. XXIV, p. 143.
- Portal.** — La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations. Paris, 1675.
- Puzos.** — Mémoires sur les pertes de sang, etc., et traité des accouchements. Paris, 1759.
- Read.** — Du placenta prævia; historique et traitement. Massach. med. Soc. XXXII, 1861.
- Richardson.** — Annales de gynécologie, 1884, t. XXII. p. 231.
- Rigby.** — Essai sur les hémorrhagies utérines, 4^e éd. Norwich, 1789. Traduit de l'anglais par M^{me} V^e Boivin. Paris, 1818.
- Ritgen.** — Sur le placenta prævia. Brit. med. J. 1862.
- Røderer.** — Élément de l'art des accouchements (Traduction française). Paris, 1765.
- Schrader.** — Zur Pathogenese der Placenta prævia. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd. XIX.
- Schrøder.** — Ueber die Bedeutung des Blasensprunges bei Placenta prævia lateralis. Zeitsch. f. Geb und Gyn. Bd. I, 1877.

- Seyfert.** — Der aufsitzende Nutterkuchen und seine Behandlung. Prager Viert. 1852, t. III.
- Simpson (J.).** — Sur le placenta prævia. Edimb. med. J., octobre 1862 et Lancet, novembre 1866.
- Selected obst. and gyn. Works. Edimb., 1871.
- Smellie.** — Traité de la théorie et pratique des accouchements. MDCCLIV. Traduction de l'anglais par de Prévile.
- Spiegelberg.** — Cas de placenta prævia. Mon. f. Geb. Bd. 1858.
- Tarnier et Chantreuil.** — Traité de l'art des accouchements. T. I. Paris, 1882 (accouchement naturel).
- Tarnier et Budin.** — Traité de l'art des accouchements. T. II. Paris, 1886 (Pathologie de la grossesse).
- Thompson.** — Brit. med. London, 1882, p. 12 et 16.
- Velpeau.** — Traité complet de l'art des accouchements ou tocologie théorique et pratique, 2^e éd. Paris, 1835.
- Vinke.** — Treat. of placenta prævia. Med. New. Philad. 1891, LVIII, p. 314.
- Wigand.** — Ueber die Wendung durch ausere Handgriffenach. J. H. Wigand, 1812.
- Wyder.** — Statistique de 107 cas de placenta prævia, traités par la méthode de Puzos. Corresp. Blatt. 25 juil. 1890.

Vu par le Président de la thèse,

TARNIER.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

H. JOUVE, imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

